

467

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 16 juillet 1904, à 1 heure.

PAR

Gustave MAZIOL

DES

Luxations Exceptionnelles de la Hanche

LUXATION PUBO-PECTINÉE

ET

LUXATION INTRA-PELVIENNE

Président : M. LE DENTU, professeur

Juges : { MM. BERGER, professeur
FAURE, AUVRAY, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
Maladie des enfants.....		DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		DEBOVE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		LANDOUZY.
Clinique des maladies du système nerveux.....		GRANCHER.
Clinique chirurgicale.....	}	JOFFROY.
Clinique ophtalmologique.....		GAUCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		RAYMOND
Clinique d'accouchements.....		TILLAUX.
Clinique gynécologique.....	}	LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile.....		TERRIER.
		BERGER.
		DE LAPERSONNE
		GUYON.
		BUDIN.
		PINARD.
		POZZI.
		KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BEZANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef	
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

*Hommage d'affection et de
profonde reconnaissance.*

A MON ONCLE

LE DOCTEUR GUSTAVE CASTANIÈ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU.

Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien à l'Hôtel-Dieu,
Officier de la Légion d'honneur.

DES

Luxations exceptionnelles de la Hanche

LUXATION PUBO-PECTINÉE

ET LUXATION INTRA-PELVIENNE

INTRODUCTION

Mon maître, le professeur Le Dentu, m'ayant communiqué une observation de luxation intra-pelvienne de la hanche, j'avais cru, tenté par la nouveauté du fait, pouvoir en faire le sujet de ma thèse inaugurale.

Malgré mes nombreuses recherches dans tous les périodiques français et étrangers, ainsi que dans tous les ouvrages où je croyais pouvoir trouver quelques renseignements, je n'ai pu réunir qu'un nombre restreint d'observations.

Je crois que dans toute la littérature médicale il n'en existe pas d'autres ayant été publiées.

D'ailleurs cette variété de luxation doit être excessivement rare, si j'en juge par la façon dont

on s'en est occupé jusqu'ici. Sauf la simple mention qui en est faite dans le *Traité de Chirurgie* de MM. Le Dentu et Delbet, dans celui de l'Américain Stimson, et dans le traité des *Fractures et luxations d'Hamilton*, non seulement on n'en parle dans aucun autre ouvrage, mais encore on ne semble même pas en soupçonner la possibilité.

J'ai dû alors étendre le sujet auquel je m'étais primitivement arrêté et y adjoindre l'étude d'une variété de luxation iléo-pubienne, peu connue encore, ou du moins peu différenciée de cette dernière, je veux parler de la luxation pubo-pectinée.

Ici, en effet, la tête fémorale sous la violence du traumatisme, dépassant la branche horizontale du pubis, vient s'appuyer par-dessus, sur l'éminence iléo-pectinée, soulevant les vaisseaux et les nerfs, et réaliser ainsi par sa position, une amorce de la luxation intra-pelvienne.

J'ai pu réunir sur ce cas quelques observations intéressantes et d'autant plus précieuses pour la discussion de mon sujet que plusieurs d'entre elles se complètent par l'autopsie.

Deux, et non des moindres, me viennent du professeur Coyne de Bordeaux.

Je ne sais vraiment comment le remercier, car non seulement ces deux observations sont des plus belles, mais encore il a eu l'extrême obligeance d'accompagner leur envoi de notes et d'indications personnelles dont j'ai pu pendant toute la durée de ce travail apprécier l'extrême utilité.

Je remercie aussi le professeur Tédénat de Montpellier, de la complaisance avec laquelle il a bien voulu me communiquer, pour la reproduire ici, une observation de luxation intra-pelvienne, complètement inédite.

M. le professeur Le Dentu, après m'avoir indiqué le sujet de cette thèse et m'avoir prodigué ses conseils pendant toute la durée de sa rédaction, a bien voulu en accepter la présidence. Je le prie d'agréer l'assurance de ma vive gratitude pour ce grand honneur, et de ma profonde reconnaissance pour la bienveillance et la sympathie qu'il m'a toujours témoignées aussi bien pendant l'année passée comme stagiaire dans son service à l'hôpital Necker que dans la suite de mes études médicales. J'en garderai le plus précieux souvenir.

J'ai encore une autre dette et un autre devoir, dont je tiens à m'acquitter ici : c'est d'adresser tous mes remerciements, à mon regret trop modestes, à tous mes maîtres de Toulouse et de Paris qui, soit à la Faculté, soit à l'hôpital, m'ont prodigué leurs enseignements et leurs conseils.

Enfin je dédie ce bien modeste travail à mon oncle, le Dr Gustave Castanié, aux côtés duquel je vais aller exercer, en me plaçant sous sa bienveillante protection. Il a toujours été pour moi mon conseiller le plus sage, en même temps que mon meilleur ami, et toujours il m'a donné le plus haut exemple de probité et de désintéressement professionnel.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE I

Considérations générales.

Pour bien saisir les rapports de la tête du fémur dans les différentes positions qu'elle peut occuper au-dessus de la cavité cotyloïde, je crois qu'il est nécessaire d'arrêter un instant son attention sur les rapports et la superposition des plans en avant de cette cavité.

Nous trouvons donc en avant le muscle *psosas-iliaque* ; à ses fibres musculaires se trouvent mélangées là de très fortes fibres aponévrotiques qui vont bientôt former un tendon épais dont l'insertion se fait au petit trochanter. Le *couturier* est situé en avant et en dehors du *psosas-iliaque*, mais plus superficiel. A la partie la plus interne de la région antérieure, se trouve le *pectiné*, qui, né de la branche horizontale du pubis, descend très obliquement vers la partie supérieure du fémur. Entre le *psosas-iliaque* et le *pectiné*, on trouve la veine puis l'artère qui seront soulevées dans la luxation du fémur en avant et en haut, et repoussées tantôt en dehors, tantôt en dedans.

Toute cette partie antérieure de la cavité cotyloïde répond à un plan osseux, qu'on peut appeler le versant abdominal ou supérieur de l'os pelvien, constitué par la fosse iliaque interne et la branche horizontale du pubis.

C'est entre ces différents muscles que nous verrons la tête du fémur évoluer et se placer.

Je ne m'arrêterai pas sur les surfaces articulaires, je noterai simplement les mensurations suivantes données par Malgaigne (*Anatomie chirurgicale*) : la cavité cotyloïde est éloignée de la symphyse pubienne d'environ 7 centim. $1/2$; de l'épine iliaque antérieure et supérieure, de 7 centimètres.

J'insisterai davantage sur la capsule articulaire qui est la plus épaisse de toutes les membranes ligamenteuses du corps humain. C'est une sorte de manchon fibreux, qui, par une de ses extrémités, s'insère au pourtour de la cavité cotyloïde, et par l'autre au col du fémur. L'insertion supérieure se fait en dehors du bourrelet cotyloïdien, elle est là particulièrement résistante ; l'insertion inférieure se fait sur le col fémoral, mais ici elle est assez lâche.

Cette capsule oppose un obstacle puissant à l'issue de la tête du fémur, hors de sa cavité, aussi faut-il un traumatisme énorme pour produire les luxations de la hanche. Par là, s'expliquent leur rareté.

Ainsi que nous l'avons mentionné, c'est surtout en avant qu'elle est particulièrement dure et

résistante. Son épaisseur dans cet endroit, d'après le professeur Tillaux, peut aller jusqu'à un centimètre. C'est que là, en effet, elle se trouve renforcée par des fibres obliques en bas et en dedans, qui de la partie, la plus élevée et la plus externe de la cavité cotyloïde, s'en vont à la partie inférieure et interne du col, formant ce que l'on désigne sous le nom de ligament de Bertin.

Bigelow accorde à ce ligament une importance primordiale. D'après lui, ce serait à la conservation des faisceaux de ce ligament, ou à leur déchirure, plus ou moins étendue, qu'il faudrait rapporter les variations parfois considérables que l'on observe dans le tableau clinique des luxations de la hanche. Il les divise d'ailleurs pour cette raison en régulières et irrégulières. D'après les expériences du professeur Tillaux, ce sont les portions de capsule restantes, car cette dernière n'est ordinairement pas toujours arrachée, qui fixent les espèces de luxations et non les muscles au niveau desquels s'engage la tête, ainsi que le pensait Malgaigne. Les parties molles péri-articulaires rendent seulement les luxations plus difficiles à se produire.

L'articulation coxo-fémorale joue donc un rôle considérable sinon dans la production, du moins dans la détermination des luxations de la hanche. Quand la capsule se déchire, c'est toujours à son insertion à l'os que l'on trouve la solution de continuité.

Le ligament rond, qui est situé dans l'intérieur de l'articulation, inséré sur la tête du fémur et le fond de la cavité cotyloïde a une longueur de 30 à 55 millimètres, il sera donc rompu chaque fois que la tête fémorale sortira de sa cavité articulaire.

Les classifications qui ont été proposées pour étudier les luxations de la hanche sont fort nombreuses. Petit, Duvernoy, Bertrandi Gerdy, Malgaigne, Kocher, Bigelow, Hamilton et Nélaton, en ont tour à tour proposé une. Pour bien faire comprendre les deux variétés de luxation que je vais tâcher d'exposer et de traiter ici, je crois indispensable d'indiquer, mais d'une façon tout à fait sommaire, quelle peut être la direction de sortie de la tête fémorale.

D'après Nélaton, dans toutes les luxations du fémur, la tête de l'os quitterait sa cavité en passant par une des trois échancrures, ischio-pubienne, ilio-pubienne et ilio-ischiatique qui interrompent le rebord du sourcil cotyloïdien. Il faut aussi noter que la cavité cotyloïde située à la réunion de l'iléon, du pubis et de l'ischion, est ainsi placée entre trois versants qui reçoivent la tête du fémur, quand elle sort de sa cavité.

Dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, à l'article « Hanche », se trouve un schéma dessiné par Rohmer de Nancy d'après Hamilton, schéma qu'on a toujours depuis reproduit dans les différents traités de chirurgie, qui

fait très bien comprendre le mode et la direction dans laquelle se font les luxations de la hanche.

En traçant sur l'os iliaque, les deux diamètres vertical et horizontal, passant par le centre de la cavité cotyloïde, on divise cet os en quatre régions qui correspondent aux quatre types de luxation coxo-fémorale :

- Luxation en haut et en avant ilio-pubienne ;
- Luxation en bas et en avant ischio-pubienne ;
- Luxation en haut et en arrière iliaque ;
- Luxation en bas et en arrière ischiatique.

Entre elles, et suivant les axes vertical et horizontal, se placent les luxations plus rares, anormales, les luxations irrégulières qui dérivent toutes de ces quatre grands types.

C'est ainsi que la luxation pubo-pectinée n'est que l'exagération de la luxation sous-cotyloïdienne pour les uns, tandis que pour les autres c'est directement que la tête fémorale se porte sur le pubis. De même la luxation intra-pelvienne fait suite à la luxation sus-cotyloïdienne pour certains auteurs, et pour d'autres au contraire la luxation obturatrice en serait le stade initial.

Nous allons traiter d'ailleurs bien plus longuement cette question au chapitre du mécanisme et de l'anatomie pathologique.

CHAPITRE II

Mécanisme et reproduction expérimentale.

Je crois qu'il y a lieu, contrairement à ce que l'on a fait jusqu'ici, de distinguer deux types de luxations sus-pubiennes. Le premier, est celui décrit ordinairement dans tous les auteurs classiques ; c'est la luxation ilio-pubienne dans laquelle la tête fémorale remonte jusqu'au niveau de la branche horizontale du pubis. Le deuxième est celui que j'appellerai pubo-pectiné. Ici, en effet, la tête du fémur se place non plus seulement au niveau de la branche horizontale du pubis, mais au-dessus de cette branche, et en son milieu, sous le muscle pectiné déchiré. Elle soulève en outre les vaisseaux et le nerf, de sorte que l'artère tendue passe au-devant de sa tête, parfois même sur le col, et bat superficiellement.

Quel est le mécanisme de la production de cette espèce de luxation et par suite de la luxation intra-pelvienne ? Les causes déterminantes sont assez variées. Tout d'abord le renversement du tronc en

arrière peut l'occasionner. On peut en effet comparer, comme l'a fait Malgaigne, l'articulation de la hanche, au sommet d'un angle saillant en avant dont la cuisse et le tronc forment les deux côtes ; et à mesure que les deux côtés de l'angle se rapprochent, la capsule trop tendue, finit par se rompre et livrer passage en avant à la tête du fémur. On constate alors tous les signes de la luxation sus-pubienne, c'est-à-dire qu'on trouve la tête fémorale au niveau de la branche horizontale du pubis et près de l'éminence ilio-pectinée, repoussant en dedans le nerf et les vaisseaux (luxation ilio-pubienne), ou plus en dedans, au milieu de la branche horizontale du pubis, soulevant et tendant les vaisseaux fémoraux (luxation pubo-pectinée), suivant la force et la direction du traumatisme.

Dans un second ordre de causes se placent les chocs directs, les fortes pressions sur la cuisse et la hanche, la rotation forcée en dehors, occasionnée par le passage d'une roue de voiture par exemple. Toutes les observations rapportées à la fin de ce travail reconnaissent pour causes des traumatismes semblables. Ici une question se pose : le traumatisme pour produire la luxation peut-il porter indistinctement sur la partie antérieure de l'articulation coxo-fémorale ou sur sa partie postérieure ? Très souvent la luxation se produit à la suite d'un effort violent qui porte le fémur en arrière, tandis que le bassin est poussé en avant.

Elle est aussi possible lorsque le coup porte à la partie postérieure de la cuisse, mais ici il faut en outre certaines conditions adjuvantes. Dans le premier cas, le fémur étant porté en arrière, et l'os iliaque en avant, ainsi que cela se produit lors du passage d'une roue de voiture sur la cuisse, les muscles fessiers, pyramidal, jumeaux et carré se relâchent. Le psoas iliaque, au contraire, se tend, et, se contractant brusquement au moment où cesse la violence extérieure attire la tête du fémur sur la branche horizontale du pubis.

Dans le second cas la tête fémorale est directement projetée en avant ou en dedans de sa cavité, puis remontée jusqu'au niveau du pubis, toujours par le psoas-iliaque. Mais il est probable que cette propulsion de la tête en haut ne peut avoir lieu complètement qu'autant que le coup vient à surprendre la cuisse en rotation en dehors. Le fémur tourne alors sur son axe, et le col de cet os décrit un arc de cercle, par lequel la tête se porte en avant et déchire en ce point la capsule. De plus, sa partie supérieure et externe, se dirigeant en arrière, vient s'appliquer sur le pubis.

Au total il y a deux mécanismes principaux capables de produire ces luxations : l'extension forcée de la cuisse et la rotation forcée en dehors. Ces deux mécanismes peuvent d'ailleurs se combiner parfaitement l'un à l'autre.

On a essayé de reproduire expérimentalement ces luxations. Pour la luxation pubo-pectinée, il est

assez facile d'y parvenir. Il faut, le sujet étant couché sur le dos, et le tronc solidement maintenu, porter vigoureusement le membre gauche par exemple, dans l'abduction forcée, puis la rotation en dehors. Enfin on le ramène dans une situation parallèle à celui de l'autre côté, mais sans lui permettre de quitter sa rotation en dehors. On constate alors tous les signes physiques de la luxation pubo-pectinée, c'est-à-dire la présence de la tête fémorale au pli de l'aîne, la dépression qui existe au niveau de la cavité cotyloïde, et l'ascension du grand trochanter.

Scriba prétend de même avoir reproduit expérimentalement la luxation intra-pelvienne. Il a d'abord commencé par arracher complètement la capsule par une rotation forcée. On pouvait alors faire exécuter au membre des mouvements de rotation aussi bien vers l'intérieur que vers l'extérieur, et la cuisse restait dans la position qu'on lui assignait chaque fois. En disséquant la région, il trouva la capsule totalement arrachée, et le ligament de Bertin intact, mais complètement relâché. Ses deux insertions se trouvaient en effet l'une à côté de l'autre.

Il pense donc que pour permettre à la tête fémorale de remonter si haut, il faut une rupture complète de la capsule.

Anatomie pathologique.

Quand on parcourt les traités classiques on remarque une divergence assez marquée entre les auteurs qui se sont occupés de cette question. Je vais essayer ici de rappeler l'opinion des principaux d'entre eux, anciens et modernes, et de les mettre en parallèle avec ce qui nous est fourni par l'observation directe, c'est-à-dire avec les constatations de l'autopsie.

Tout d'abord ces luxations sont-elles toujours complètes ou incomplètes, ou bien peuvent-elles être, tantôt complètes et tantôt incomplètes ?

En 1838, dans une lettre adressée par Malgaigne à l'Académie de médecine, on lit ceci : « Dans l'état actuel de la science, on n'admet que des luxations complètes du fémur sur l'os iliaque. Boyer regarde les luxations incomplètes comme à peu près impossibles. Sir A. Cooper n'en dit pas un seul mot, et les deux ou trois observations qu'on en possède passent pour des exceptions dont la rareté même atteste la difficulté. Il y a bientôt un an, que dans un concours public au bureau central, j'avais avancé que les luxations incomplètes étaient plus fréquentes peut-être que les complètes ; un examen plus approfondi du sujet m'a conduit encore plus loin. Je suis aujour-

d'hui fermement convaincu que toutes les luxations primitives du fémur produites par une violence extérieure sont incomplètes ». Il ajoute encore ceci : « La théorie actuelle des luxations coxo-fémorales n'est appuyée sur aucun fait. Je ne nie point la possibilité des luxations accidentelles et primitives complètes, mais je nie qu'il en existe un seul cas démontré par l'autopsie ». Il traite d'idée malheureuse la dénomination de luxation sur le pubis proposée par Petit.

Dans son *Traité d'anatomie chirurgicale*, il revient encore sur ses affirmations et nie l'existence des luxations complètes primitives. Suivant lui, la tête du fémur ne saurait abandonner entièrement la cavité cotyloïde, à cause de la présence de la capsule, qui, déchirée incomplètement, ne permettrait pas un déplacement assez considérable pour que les parties articulaires ne fussent plus en rapport. La résistance des muscles empêcherait le fémur de rentrer spontanément.

Cependant, ajoute-t-il, « si la luxation ilio-pubienne en avant et en haut était complète, et celle-ci peut l'être sans rupture complète de la capsule, la tête serait au-dessus du rebord du bassin, et ce rebord s'engagerait dans l'échancrure postérieure du col du fémur comme dans une mortaise. Avec la méthode ordinaire, on casserait les os avant de les réduire, et le procédé de flexion qui est certainement l'un des plus rationnels pour la réduction, serait de tous le plus dangereux et le

moins susceptible de réussir. D'ailleurs les symptômes seraient tout autres que dans la luxation classique, et en effet au lieu de voir le membre luxé dans l'abduction, on le verrait dans l'adduction forcée. Aussi je ne sache pas que de ce côté on 'ait jamais observé une luxation complète ».

A l'appui de ses dires, Malgaigne publia sur cette question deux mémoires, où il rapportait huit faits suivis de l'étude anatomique, mais sur ces huit cas, trois seulement concernaient des luxations récentes. Il semblerait, d'après lui, que la luxation d'abord incomplète à son origine deviendrait ensuite complète par l'effet, soit de la marche, soit du poids du tronc glissant sur la tête du fémur. le blessé essayant de se relever ou de marcher. C'est en effet ce qui ressort de ses expériences. Ayant produit expérimentalement cette luxation sur le cadavre, il a toujours trouvé, dit-il, la tête fémorale sortie incomplètement de la cavité cotyloïde, appuyant sur l'échancrure ilio-pubienne, plus ou moins rapprochée, soit de l'épine iliaque inférieure, soit de l'éminence ilio-pectinée, mais toujours à un centimètre au moins au-dessous du ligament de Fallope. Dans ces luxations expérimentales, le psoas iliaque était fortement tendu au-dessus de la tête fémorale et du col.

En 1847, l'opinion de Malgaigne s'était déjà sensiblement modifiée, car à cette époque il admettait que les luxations primitives du fémur, qu'il reconnaissait seulement comme possibles en 1838,

existaient réellement, mais qu'elles étaient singulièrement rares en comparaison des autres et présentaient en tout cas des symptômes différents.

A peu près à la même époque, Laugier discutant avec Malgaigne, rejette absolument les luxations incomplètes et les regarde même comme incompréhensibles. En effet, dit-il, si la tête du fémur ne s'éloigne pas assez de la cavité cotyloïde pour déborder ou déchirer le bourrelet cotyloïdien, elle retombe dans la cavité cotyloïde et il y a réduction spontanée, ou bien elle s'échappe par un des côtés de l'articulation et la luxation est nécessairement complète. Pour lui, toute l'argumentation de Malgaigne n'est qu'un véritable jeu d'esprit, suivant ses propres expressions.

Nélaton, dans son *Traité de pathologie chirurgicale* ne prend parti ni pour l'un ni pour l'autre. « Si les faits, dit-il, infirment l'opinion de Malgaigne, ils infirment aussi celle de Laugier, car nous avons disséqué un cas de luxation incomplète de la hanche qui ne permettait aucun doute. »

En Italie, tandis que Monteggia admet à la fois les luxations complètes et incomplètes, Fabri, son compatriote, ne reconnaît comme possibles que les luxations primitives incomplètes.

Pour Cruveilhier il n'y a pas de luxation incomplète à proprement parler : ce n'est que le déplacement de la tête qui est incomplet, quant à la luxation, elle est toujours complète.

Si nous arrivons maintenant aux auteurs moder-

nes, à Bigelow en particulier qui s'est beaucoup occupé de ces questions, que voyons-nous ? Pour lui ces luxations sont secondaires dans la grande majorité des cas. La tête sort toujours par la partie la plus déclive de l'articulation pour remonter ensuite, soit en dedans, soit en dehors de la cavité cotyloïde, et occuper une situation plus ou moins haute. La capsule céderait d'abord à sa partie inférieure, la plus mince ainsi que nous l'avons vu, et la tête viendrait se placer au-dessous de la cavité cotyloïde produisant une luxation sous-cotyloïdienne, essentiellement instable. Le fémur en effet suspendu par son col, au ligament en Y, repose par sa tête sur un point d'appui étroit et glissant situé au-dessous de la cavité cotyloïde. Le moindre effort fait pour étendre le membre, la continuation de la violence extérieure qui a produit le déplacement, ou l'action seule du poids du membre suffisent à faire glisser la tête fémorale en avant du cotyle et à donner naissance à la luxation sus-pubienne dont la sous-cotyloïdienne ne serait en somme que l'amorce.

Bigelow applique d'ailleurs ce mécanisme à la plupart des luxations coxo-fémorales ; toutes débuteraient par être sous-cotyloïdiennes et se transformeraient en variété en dehors ou en dedans, grâce à des actions secondaires et consécutives au traumatisme primitif. Pour que les luxations en dedans deviennent sus-pubiennes, il faut d'après lui, que la déchirure intéresse la portion antéro-

interne de la capsule articulaire, et permette ainsi à la tête fémorale de s'élever plus haut et de venir se placer au-devant de la branche horizontale du pubis, position qu'elle peut même dépasser pour pénétrer dans le bassin et devenir ainsi intra-pelvienne.

Bigelow accepte cependant certaines exceptions à ce mécanisme pour lui le plus généralement observé : Il admet aussi l'existence de luxations sus-pubiennes primitives ne différant des luxations secondaires que par le siège de la déchirure capsulaire qui est variable comme le point où se porte l'effort et où se produit le déplacement. Il décrit aussi des luxations irrégulières dans lesquelles le ligament en Y étant complètement rompu, la tête fémorale se porte librement où la pousse la violence extérieure, et peut alors subir des déplacements considérables. —

Le professeur Tillaux semble adopter des idées à peu près analogues. Dans son *Traité d'anatomie topographique*, nous le voyons s'exprimer ainsi : « Cette disposition de la capsule (brièveté) jointe à sa résistance, explique la production des luxations incomplètes du fémur. On conçoit difficilement, *a priori*, qu'une surface sphérique se tienne en équilibre sur une crête bordée d'un côté par une cavité, et de l'autre par un plan incliné en forme de talus sans verser vers l'un ou vers l'autre, mais des faits assez nombreux, empruntés à la clinique et à l'expérimentation en démontrent la

possibilité. On produit aisément la luxation incomplète sur le cadavre : cela résulte de ce que la capsule déchirée seulement dans l'étendue nécessaire pour laisser passer la tête, retient celle-ci comme dans une boutonnière, et à mesure qu'on agrandit la fente la luxation se complète. »

De toutes les opinions et les théories que j'ai essayé de résumer ici, il résulte que la plupart des auteurs considèrent la grande majorité des luxations traumatiques en avant et en haut, comme secondaires et consécutives à un glissement de la tête fémorale. D'après eux, cette dernière ne peut atteindre la branche horizontale du pubis et l'éminence ilio-pectinée que si la capsule articulaire se trouve largement déchirée dans sa partie antéro-interne, et près de son insertion au pourtour du cotyle.

J'ai pu réunir un certain nombre de cas suivis d'autopsie ; je vais tâcher, en me basant sur les constatations anatomiques qui ont été faites, de préciser un peu toutes ces données.

Je ne crois pas que l'opinion de Malgaigne et de Bigelow soit l'expression de l'exacte vérité. Les luxations d'emblée complètes, que ce dernier auteur admet comme des cas exceptionnels, ne doivent pas être aussi rares qu'on pourrait d'après lui le supposer ; c'est en effet du moins ce qui me paraît ressortir de l'analyse des observations rapportées à la fin de ce travail.

Que voyons-nous en effet dans la première, celle

de M. Aubry ? La tête du fémur fut trouvée appuyée sur la partie antérieure du pubis, c'est-à-dire sur la partie qui constitue la limite postérieure de l'anneau crural. Aucun point de la surface diarthrodiale ne touchait le rebord cotyloïdien, qu'une distance de 15 millimètres séparait de la ligne où commence le cartilage. C'était le col qui reposait sur la partie antérieure et supérieure du bourrelet fibro-cartilagineux, de telle sorte que la tête se trouvait de l'autre côté du rebord du cotyle appuyant sur la partie interne de l'éminence ilio-pectinée. Le ligament capsulaire était déchiré transversalement à un centimètre de son point d'attache au pourtour du cotyle, mais la déchirure intéressait seulement l'étendue de la demi-circonférence antérieure de cette cavité, la demi-circonférence postérieure étant absolument intacte.

C'est donc bien à une luxation primitivement complète que nous avons affaire ici :

Dans l'observation II, que je dois à l'extrême obligeance du professeur Coyne, il s'agit d'un homme qui, en état d'ivresse, a été renversé par une voiture dont une des roues lui passa d'abord très obliquement sur la cuisse droite à la partie moyenne, et ensuite sur la cuisse gauche à sa racine, ainsi qu'en témoignaient les ecchymoses relevées sur ces parties. Cette observation me paraissant des plus probantes, je vais nécessairement m'étendre un peu plus longuement peut-être que je ne devrais le faire, sur sa discussion.

A l'autopsie, la tête du fémur fut trouvée reposant par son bord postérieur sur l'éminence iliopectinée ainsi qu'une partie de la face postérieure du col. Cette saillie s'y était même imprimée en creux, en y laissant comme une sorte d'épreuve négative, ainsi qu'il est dit dans l'observation. Le muscle psoas-iliaque bridait le col en dehors et l'appliquait avec une certaine force sur la branche ilio-pubienne, tandis que l'obturateur externe rétracté soulevait par en bas le même bord inférieur du col fémoral. La tête fémorale se trouvait donc fixée par ces deux muscles dans la position anormale qu'elle avait prise.

En étudiant les constatations portant sur la capsule articulaire, nous voyons qu'elle était largement déchirée en deux parties. D'abord en bas et en dedans au voisinage de son insertion, et tout près de la grande échancrure dans la région où elle est relativement mince. La deuxième solution de continuité, indépendante de la première, se trouvait à la partie antérieure, immédiatement en dehors du ligament de Bertin. C'était par cette dernière ouverture que la tête fémorale avait quitté la surface articulaire ; aussi le bord antérieur de ce ligament reposait-il sur le bord supérieur du col.

Si maintenant, passant à l'observation III, observation qui m'a encore été communiquée par le professeur Coyne, nous comparons les phénomènes cliniques qu'elle présente avec les données

anatomiques, vérifiées par la dissection que nous fournit la précédente, nous voyons immédiatement qu'ils sont absolument identiques. Dans ce deuxième fait, en effet, si nous nous en rapportons aux détails de l'observation, nous voyons que la tête fémorale était placée dans la même situation, et également étranglée par une boutonnière musculaire constituée par le muscle psoas-iliaque et le muscle pectiné en dedans. Il faut encore faire cette remarque très importante, c'est que dans ce dernier cas, le sujet avait immédiatement perdu connaissance au moment de l'accident et il ne revint à lui que lorsqu'on l'eut couché dans la voiture qui le transporta à l'hôpital. Il ne put donc faire aucune tentative ni pour marcher ni pour s'appuyer sur le membre blessé, et par conséquent aucun effort produit par des tentatives infructueuses pour se relever, ni le poids du corps dans la station debout ne vinrent modifier les relations réciproques des parties, telles que le traumatisme initial les avait établies dès le début.

Dans la quatrième observation, celle de MM. Desmons et Bégouin, observation qui, de même que deux des précédentes, a pu être complétée par l'autopsie, les constatations sont encore analogues. Comme toujours, le membre inférieure droit, sur lequel avait porté le traumatisme, reposait sur le plan du lit par sa face externe. La tête fémorale se trouvait aussi au pli de l'aîne, soulevant l'arcade crurale. A l'autopsie on la trouva reposant

par sa partie postéro-externe sur l'os iliaque, au niveau de l'éminence ilio-pectinée. Le muscle psoas-iliaque était refoulé en dehors ; en dedans pendaient les lambeaux du muscle pectiné partagé en deux par une déchirure perpendiculaire à la direction de ses fibres. La capsule articulaire était déchirée largement en dedans et en avant depuis le bord interne du ligament ilio-fémoral resté intact jusqu'au niveau de l'échancrure ischio-pubienne.

Dans l'observation VI (Reeve), la capsule et les ligaments de renfort furent trouvés totalement déchirés.

Toutes ces constatations que nous venons de faire nous paraissent probantes à un double point de vue. Tout d'abord, elles nous permettent de considérer comme trop exclusive l'opinion de Maligne qui considérait toutes les luxations ilio-pubiennes comme des luxations essentiellement incomplètes et ne devenant complètes qu'à la longue par l'effet de la marche, ou du poids du corps pesant sur le membre inférieur. Cette opinion est certainement fondée pour un grand nombre de faits, mais dans les observations rapportées ici, et que l'autopsie a contrôlées, il n'est pas douteux que la luxation a été complète et complète d'emblée.

Sans nous étendre ici sur l'étude des caractères cliniques reconnus comme essentiels à la luxation sus-pubienne, et qui sont de soulever l'arcade

fémorale en avant, en même temps que les vaisseaux, l'étude anatomo-pathologique de ces cas nous démontre la réalité de l'étendue du déplacement et la réalité de l'étendue de ce déplacement d'emblée.

Dans l'observation de M. Aubry nous voyons en effet la capsule articulaire déchirée seulement à la partie antérieure et non à la partie inférieure et postérieure. La luxation n'a donc pu se faire primitivement en dedans, et se transformer ensuite en luxation en haut par le fait de l'ascension secondaire de la tête fémorale.

Dans la première observation du professeur Coyne (II) la dépression produite sur la surface postérieure de la tête et du col fémoral par la saillie de l'éminence ilio-pectinée vient démontrer que le traumatisme qui a produit la luxation l'a produite d'emblée complète par l'exagération du mouvement de rotation en dehors.

Cette observation qui est de toutes la plus intéressante nous fournit encore d'autres preuves à l'appui. Ainsi l'étude du trajet suivi par la roue de la voiture qui a produit cette lésion nous montre que les traces laissées par elle sur la racine de la cuisse gauche ont une direction oblique de bas en haut et de dedans en dehors.

Il n'est donc pas douteux, étant données les conditions que nous venons de relater, le blessé étant dans le décubitus dorsal et dans un état de résolution musculaire produit par l'ivresse, que

l'effort nécessaire qu'il a fallu pour surmonter la résistance de la cuisse, a fait imprimer au fémur un double mouvement de rotation sur son axe de dehors en dedans, et un mouvement d'ascension.

Il y a donc eud'abord une très forte extension de la capsule en bas et en dedans, ayant comme conséquence une déchirure à ce niveau où elle offre justement sa moindre résistance. Puis le traumatisme continuant à s'exercer sur la tête fémorale à demi sortie de la cavité cotyloïde et poussée sur la face antérieure de la capsule immédiatement en dedans du ligament de Bertin, région où elle est encore assez faible, cette portion de la capsule cède à son tour, la pression étant devenue irrésistible. Le passage est alors ouvert à la tête fémorale, qui abandonne complètement et définitivement le cotyle.

Telle est, je crois, et c'est d'ailleurs l'opinion du professeur Coyne, la façon dont il faut interpréter les différentes lésions qu'il observa dans ce cas pour expliquer le mécanisme qui a présidé à la production de cette luxation sus-pubienne complète d'emblée.

Bigelow, ainsi que nous l'avons vu, s'il accepte l'existence de luxations sus-pubiennes primitivement complètes, lorsque des déchirures étendues de la capsule permettent l'issue de la tête fémorale directement dans le sens vers lequel le traumatisme la dirigeait avec une impulsion irrésis-

tible, considère néanmoins ces faits comme exceptionnels. Pour lui la déchirure de la capsule, par laquelle se fait la sortie de la tête fémorale, est toujours située en bas, les luxations en haut et en avant, ne se produisant que consécutivement, par une transformation du déplacement de la tête fémorale.

Les observations de MM. Aubry et Desmons, où l'on ne trouve qu'une seule déchirure capsulaire, déchirure qui est en haut et en avant, répondent dans une large mesure à cette conception. Il en est de même de celle du professeur Coyne (n° II). Si ici il y a deux déchirures, l'une au lieu d'élection, accepté par le chirurgien américain, c'est-à-dire en bas, et l'autre en haut, et en dedans du ligament en Y, c'est justement par cette boutonnière que fit issue la tête fémorale. On ne peut en effet expliquer cette double déchirure, que par le mécanisme précédemment décrit. La tension de la capsule a seule suffi pour amener la rupture capsulaire sans que la tête fémorale pèse directement sur cette région. Cette pression ne serait en effet possible qu'avec un mouvement de flexion et d'abduction de la cuisse, ainsi que l'admet Bigelow; or, ce mouvement ne pouvait se faire dans la position de décubitus dorsal occupé par le blessé. D'ailleurs les traces du traumatisme laissées par le passage de la roue sur la racine de la cuisse montrent qu'il n'en a pas été certainement ainsi.

Telles sont les considérations et les idées que m'a suggéré l'étude attentive des constatations anatomiques faites à l'autopsie. En revanche, si je me suis étendu un peu trop longuement peut-être sur l'anatomie pathologique de la luxation suspubienne, il n'en sera pas de même, à mon grand regret, pour la luxation intra-pelvienne.

Celle-ci, en effet, est pour ainsi dire inconnue. Il est évident que les ruptures ligamenteuses doivent être dans ce cas extrêmement étendues ; on le comprend très bien, si l'on songe que ce n'est plus la tête fémorale qui est sur la branche du pubis, mais bien le grand trochanter lui-même, tandis que la tête et le col ont passé dans le bassin. C'est le cas d'appliquer à ce type de luxation la dénomination d'irrégulière, ainsi que le veut Bigelow, la tête fémorale n'est plus en effet retenue par rien, aussi n'est-il pas étonnant de la trouver jusque dans la fosse iliaque interne.

Scriba la fait succéder à une luxation suspubienne, et c'est d'ailleurs ainsi qu'il est parvenu à la reproduire expérimentalement. Il pourrait plutôt se faire qu'elle fût d'abord obturatrice, puis l'action du traumatisme se prolongeant, la tête fémorale passerait au-devant de l'éminence iliopectinée, et de là, dans le bassin, le grand trochanter s'accrochant à la hanche horizontale du pubis. Le professeur LeDentu soupçonnant ce mécanisme a pu, en faisant alors suivre à la tête fémorale

le chemin inverse, réduire la luxation intra-pelvienne qu'il a eu l'occasion d'observer et de traiter. Ce serait donc une présomption très vraisemblable en faveur de ce mode de production.

CHAPITRE III

Symptômes

Dans l'étude des symptômes nous examinerons plusieurs points : 1° La déformation de la hanche ; 2° l'attitude du membre ; 3° les variations de longueur ; et enfin 4° les troubles fonctionnels et les complications.

1° *Déformation de la hanche.* — Toute articulation luxée, ainsi que le dit Sédillot, présente un changement de formes dépendant du déplacement des os ; vide ou dépression dans le point abandonné par l'os luxé, saillie et tumeur du côté où il s'est porté.

Dans la luxation pubo-pectinée dont nous allons commencer par étudier les symptômes, où trouvons-nous la tête fémorale ? Celle-ci s'étant portée sur le pubis, et reposant sur l'éminence ilio-pectinée, on sent dans le pli de l'aîne, immédiatement au-dessous du ligament de Fallope, plutôt en dedans de lui, une tumeur de forme arrondie, dure au toucher et souvent même appréciable à la vue. C'est

bien évidemment la tête fémorale car on la sent suivre tous les mouvements qu'on imprime au fémur.

Les battements de l'artère fémorale située comme nous l'avons vu entre le psoas-iliaque et le pectiné, sont ordinairement perçus très superficiellement. Elle est, en effet, ainsi que le nerf crural, fortement soulevée par la tête fémorale et c'est pour cette raison, qu'on a pu parfois en redouter la rupture.

Si nous examinons maintenant la situation du grand trochanter, au lieu de le trouver à sa place normale, nous voyons la saillie qui l'indique avoir disparue en partie, quand le fémur est luxé sur le pubis. Au palper de la région, on trouve un vide manifeste.

Dans la première observation du professeur Coyne (n° 2), nous voyons que le grand trochanter complètement effacé, correspond dans toute son étendue à la cavité cotyloïde et repose sur la partie postérieure de la capsule, qui forme comme une sorte de voile à l'ouverture de cette cavité. Dans sa deuxième observation, il trouva la saillie trochantérienne enfoncée dans les parties molles, et au niveau du point où on aurait dû la trouver, une dépression la remplaçait. De même dans toutes les autres observations, le toucher permettait de sentir le trochanter, plus rapproché de la crête iliaque qu'à l'état normal. L'autopsie confirma d'ailleurs toutes ces constatations.

Le pli de la fesse, formé par le bord inférieur du grand fessier, suit ce muscle dans le déplacement qu'il subit et se trouve par conséquent, un peu plus haut qu'à l'état normal.

Si nous étudions maintenant les symptômes de la luxation intra-pelvienne nous les voyons bien plus accentués. Ce n'est plus ici au niveau de l'éminence ilio-pectinée que l'on trouve la tête du fémur, mais bien plus en dedans, à l'intérieur du bassin. Scriba la trouva à un travers de main en dedans du ligament de Poupart, et c'est derrière la paroi abdominale qu'il put la sentir. Dans l'observation de MM. Bousquet et Rocheport, elle faisait saillie dans la fosse iliaque droite, le col étant à cheval sur la branche ilio-pubienne. Le professeur Le Dentu, la trouva au-dessus du bord antérieur du bassin près des limites internes de la fosse iliaque interne, très haute, et assez difficilement accessible au palper.

Le grand trochanter subit lui aussi une ascension bien plus marquée que dans la luxation pubo-pectinée. C'est au niveau de la branche horizontale du pubis, que l'on trouve sa saillie, le col étant passé en grande partie dans le bassin.

Dans la grande majorité des cas, ces luxations s'accompagnent d'ecchymoses marquées, indiquant l'endroit où a porté le traumatisme producteur de la lésion. Les téguments présentent des infiltrations sanguines et des épanchements parfois très abondants. Aussi la partie supérieure de

la cuisse luxée est-elle le siège d'un gonflement notable et en mesurant comparativement les deux membres, on trouve quelquefois une différence de plusieurs centimètres.

2° *Attitude du membre.* — Dans toutes les observations rapportées ici, aussi bien dans la luxation intra-pelvienne que dans la luxation pubo-pectinée, le membre a toujours été trouvé dans la rotation en dehors. C'est même là le plus frappant de tous les symptômes. Cette rotation est aussi manifeste pour le genou que pour le pied et le membre repose en entier sur le plan du lit par sa face externe. La cuisse est légèrement fléchie sur le bassin et portée dans l'abduction. La jambe se trouve dans une position moyenne entre la flexion et l'extension. L'observation de Scriba constitue cependant une exception intéressante à faire remarquer. L'attitude du membre inférieur n'est pas en effet celle qu'il prend habituellement dans les luxations sus-pubiennes. Au lieu de l'abduction et de la rotation en dehors il existe ici de l'adduction et de la rotation en dedans. C'est donc tout l'opposé de ce que l'on observe communément.

Malgaigne avec ses idées à tendances toujours un peu paradoxales admettait que lorsque le déplacement prenait une grande étendue par suite de la pression exercée par le poids du corps sur les membres inférieurs, la tête du fémur se portait graduellement en arrière, et arrivait en contournant l'échancrure ilio-pubienne à donner au

membre une attitude de rotation en dedans. C'était alors seulement qu'il regardait la luxation comme complète. Il serait même arrivé à produire expérimentalement ces déplacements.

L'observation de Scriba semblerait venir à l'appui de son dire, je crois cependant que dans la très grande majorité des cas il ne peut pas en être ainsi. Si, en effet, le grand trochanter est porté en arrière et par suite le membre inférieur dans la rotation en dehors, c'est que cette direction lui a été donnée forcément et primitivement par la façon dont la tête fémorale est sortie de sa cavité. La portion externe de la capsule restée intacte passe comme une bride sur le col du fémur et l'applique fortement contre le pubis, de manière à empêcher tout déplacement secondaire et toute rotation en dedans tant que le membre reste dans l'extension. Nous voyons les choses se passer exactement de cette façon dans l'observation de M. Aubry. Le lambeau externe de la capsule déchirée recouvre une portion de la tête fémorale et forme sur la partie antérieure du col devenue externe, une sorte de bride résistante qui maintient l'os à la place qu'il est venu occuper. Il en résulte que le col du fémur est pris dans une espèce de boutonnière constituée par cette bande fibreuse appartenant à la capsule et le bord de la cavité cotyloïde. Dans l'observation du professeur Coyne (Obs. II) nous voyons de même l'obturateur externe assez fortement rétracté, brider le col fémoral en dedans. On

fait encore la même constatation dans celle de MM. Desmons et Bégouin. Il y a donc toujours un obstacle ligamenteux ou musculaire qui empêche la rotation dans ce sens. Pour que ce mouvement fût possible, il faudrait que la cuisse soit fléchie, et encore pour tourner en dedans serait-il nécessaire que les muscles rotateurs se contractent en dedans ; or, ils sont toujours assez grandement endommagés.

On a aussi enseigné que dans toutes les luxations, la direction du membre était déterminée par l'allongement et le tiraillement des muscles dont les points d'attache se sont éloignés les uns des autres. Nous venons de voir que ce n'est pas en invoquant cette cause que l'on peut expliquer ce phénomène, et que c'est plutôt à la configuration même des os et aux portions intactes de la capsule qu'il faut faire appel. Si l'on sectionne en effet tous les muscles qui entourent l'articulation, on constate que le membre luxé n'en reste pas moins dans la même position.

3^e *Variations de longueur.* — Ici elles sont très différentes, suivant qu'on a affaire à une luxation intra-pelvienne ou à une luxation pubo-pectinée. On le comprend d'ailleurs très bien, si l'on songe à la différence de position occupée par la tête fémorale.

Ainsi que nous l'avons vu, le fémur est dans l'abduction et la rotation en dehors. Si dans cette position, on mesure comparativement les deux membres, le membre sain étant porté dans une

situation parfaitement semblable à celle du côté luxé, le raccourcissement de ce dernier sera égal à la distance représentée par la portion du fémur qui dépasse en haut l'axe de la cavité cotyloïde. Pour constater le déplacement, il suffit de mettre les deux cuisses dans l'extension et dans une direction identique par rapport au bassin, et de mesurer les deux membres en prenant pour point de repaire l'épine iliaque antérieure et supérieure d'une part et l'une des deux malléoles ou la base de la rotule de l'autre. C'est le moyen dont on s'est servi dans l'observation de M. Aubry où la mensuration donna du côté sain 43 centimètres et 0 m. 42 du côté du membre luxé. Le raccourcissement était donc de un centimètre.

Le professeur Coyne n'indique pas de mensuration. Dans celle de MM. Desmons et Bégouin, cette dernière ayant été faite de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la malléole interne, indiqua un raccourcissement de deux centimètres de moins pour le côté malade.

Pour la luxation intra-pelvienne, la différence est alors bien plus considérable. Dans le cas rapporté par Bartels le raccourcissement était de 8 centimètres, dans celui du professeur Le Dentu il était de 10, le professeur Tèdnat l'a trouvé mesurant neuf centimètres.

On voit donc que la différence de longueur entre les deux membres peut varier entre un et dix centimètres. Malgaigne qui, dans ses expériences ou

dans ses observations personnelles ne constata que des raccourcissements peu considérables, se fondait sur ses constatations pour nier la luxation sus-pubienne complète. La tête du fémur, dit-il, a plus d'un pouce et demi de hauteur et en sortant de sa cavité, elle entraînerait un raccourcissement énorme qui pour les luxations en haut et en avant n'a jamais été constaté. Or ce n'est pas la hauteur de la tête qui détermine le raccourcissement, mais bien sa déviation au-dessus du fond de la cavité qu'elle a abandonnée complètement.

IV. *Lésions fonctionnelles et complications.* — Les mouvements d'abduction, de rotation en dehors et d'extension sont ordinairement faciles et peuvent être imprimés au membre sans causer de trop grandes douleurs. La flexion et l'adduction sont difficiles et douloureuses, quant à la rotation en dedans elle est presque toujours impossible.

Je mentionnerai maintenant, plutôt comme complication que comme symptôme, le gonflement œdémateux de tout le membre luxé. Ce gonflement est, comme la douleur, généralement limité à la région de l'aîne, parfois il est fort léger, mais dans d'autres cas en revanche il est fort considérable. Nous en voyons un exemple dans l'observation du professeur Le Dentu où tout le membre était légèrement refroidi et où la jambe et le pied offraient une teinte violacée ; le gonflement de ces parties dénotait une stase sanguine évidente. Dans

celle de M. Bousquet, toute la peau de la face externe de la cuisse était soulevée sur toute sa longueur par un épanchement, qui s'évacua six jours après, en laissant échapper un liquide séreux. C'est je crois à la compression de la veine fémorale qu'il faut demander la cause de ces gonflements œdémateux.

Une des principales complications et des plus graves que l'on peut voir survenir dans le cours d'une luxation de la hanche en haut, particulièrement dans les variétés dont nous nous occupons ici, est celle qui est constituée par les lésions vasculaires. Parmi les observations rapportées à la fin de ce travail plusieurs peuvent être présentées comme réalisant le type de cette complication.

Ces lésions vasculaires, succédant aux luxations en haut de la hanche, offrent un intérêt très grand, car elles peuvent être la source d'accidents dangereux, résultant de la rupture d'un vaisseau ou de la formation d'un thrombus dans son intérieur avec embolies consécutives. La santé du blessé se trouve mise ainsi en péril, et on doit redouter pour lui la mort subite au moment des essais de réduction, ou encore pendant la convalescence. Ces lésions peuvent intéresser les vaisseaux fémoraux en avant et les vaisseaux fessiers et ischiatiques dans la région fessière.

On peut diviser ces complications en accidentelles, c'est-à-dire simultanées à l'accident et en chirurgicales, produites lors de la réduction. Les

lésions accidentelles coïncident surtout avec la forme pubo-pectinée et intra-pelvienne, ainsi que l'on peut s'en rendre compte par la lecture des observations citées ici. La tête fémorale en effet venant faire violemment saillie sous les vaisseaux fémoraux, ou les refoulant pour passer en dedans d'eux, peut très bien les déchirer. De même les manœuvres intempestives de réduction peuvent produire leur rupture par leur compression ou leur extension.

Dans l'observation V du professeur Reverdin, il faut incriminer non les essais de réduction tentés dès le début, mais la compression de la veine fémorale par le char lourdement chargé qui a stationné sur le corps du malade. Dans celle de Reeve (VI) les lésions constatées à l'autopsie prouvent que l'hémorragie était due à une rupture vasculaire causée par l'accident. Dans le cas rapporté par Scriba nous nous trouvons en présence non plus d'une rupture vasculaire, mais d'une suppression de circulation dans la jambe à la suite du soulèvement des vaisseaux fémoraux. Bartels signale les essais de réduction comme ayant produit la thrombose crurale qui compliqua le cas de luxation intra-pelvienne observée par lui. A l'autopsie dans l'observation de Messieurs Desmons et Begouin, on trouva une rupture de la veine circonflexe iliaque. Enfin le professeur Le Dentu se demanda en présence des désordres graves qu'il constata du côté des vaisseaux si l'ar-

tère ou la veine fémorale ne s'étaient pas rompues en donnant naissance à un vaste anévrysme diffus. Goldsmith et Krönlein signalent en effet cette complication, et ils se trouvèrent en présence une fois d'une perforation intéressant les artères, fémorale et iliaque externe, et, une autre fois de la rupture de la veine fémorale, qui donnèrent naissance à un vaste anévrysme de la cuisse.

Une remarque qui s'impose après l'étude attentive de ces observations, c'est que toutes les hémorrhagies proviennent de ruptures d'artères, et que toutes les thromboses ont leur siège dans les veines. Le Dr Dupraz de Genève, qui, dans un article publié dans la *Revue médicale de la Suisse*, en 1896, traite cette question, attribue cette différence de lésion à la structure de la paroi de ces vaisseaux, qui n'est pas la même suivant qu'on a affaire à une artère ou à une veine. « La membrane moyenne des artères, dit-il, est déjà rompue, pendant que celle des veines soumise aux mêmes tractions s'allongera sans se déchirer à cause de sa moindre épaisseur et de l'absence de tunique élastique. Le revêtement de la paroi interne de la veine, éraillé par la traction, sera modifiée, et permettra plus facilement la formation d'un thrombus, ce qui est démontré par la pathologie expérimentale ».

Une autre question se pose maintenant : comment peut-on arriver à diagnostiquer ces lésions vasculaires ? Il est évident que si, dans le membre

luxé, les battements artériels ne sont plus perçus, s'il y a refroidissement et menace de gangrène dans l'extrémité inférieure, il faut penser à une lésion d'artère. L'œdème, au contraire, parlera en faveur d'une lésion veineuse, surtout s'il est dur et s'il se laisse difficilement déprimer par le doigt.

Si c'est à une rupture que l'on a affaire, l'ecchymose sera bien plus étendue que celle observée ordinairement à la suite d'une compression même très forte. Elle sera accompagnée de tuméfaction et de fluctuation, surtout lorsque l'épanchement sera abondant et collecté. Nous avons même vu qu'on avait observé dans des cas analogues des anévrysmes traumatiques.

La thrombose grandement favorisée par la stase veineuse, apparaissant au cours de la réduction ou pendant la convalescence, se traduit par une dyspnée subite avec angoisse et palpitations. Le blessé rejette des crachats hémoptoïques qui achèvent de ne laisser aucun doute sur le diagnostic d'infarctus hémorrhagique. La persistance de l'œdème devra aussi faire redouter cette complication, et comme la mort subite peut en être parfois la conséquence, il faudra toujours être sur ses gardes. Un autre facteur important pour sa production est la durée qui s'écoule entre l'accident et la réduction. On devra donc, si l'on constate des signes de compression vasculaire, procéder immédiatement à la réduction de la luxation, qui supprimant la cause, supprimera l'effet.

Si l'on a diagnostiqué une rupture vasculaire, il faudra reconnaître le point où le vaisseau est lésé ; c'est ordinairement à l'endroit où la luxation s'est produite, et faire la ligature, soit au point déchiré si on peut le trouver, sinon dans la continuité du vaisseau. Le cas le plus grave qui pourrait se présenter serait celui qui intéresserait la veine fémorale. En effet la circulation de retour qui se ferait nécessairement mal, jointe à la stase, dans tout le membre, viendrait assombrir encore bien davantage le pronostic, la circulation latérale ne pouvant arriver à suppléer la circulation principale.

Dans les cas de thrombose il faut opérer la réduction, mais en usant de moyens extrêmement doux, et comme traitement consécutif ordonner le repos le plus absolu.

Je dois encore signaler parmi les complications possibles, des douleurs persistantes le long du trajet du nerf crural. La tête fémorale, en effet, en le refoulant en dedans, lui fait subir des tiraillements plus ou moins étendus.

Le gonflement du scrotum, signalé par Duverny, et que Malgaigne traitait d'exagération pure, peut aussi exister. L'observation du professeur Reverdin en fournit un exemple, ainsi que celle du professeur Robert de Coblence.

La rétention d'urine, dont aucune de nos observations cependant ne fait mention, avait déjà été signalée par Hippocrate comme assez commune

dans la luxation ilio-pubienne. Cet accident a été observé par Larrey, Travers, Roux et Nélaton.

Comme complication particulière à la luxation intra-pelvienne il faut en outre mentionner la possibilité de la déchirure de l'arcade fémorale, ainsi que cela a eu lieu dans le cas de Scriba, et même la possibilité de lésions abdominales par la tête du fémur.

CHAPITRE IV

Diagnostic et pronostic.

La luxation sus-pubienne ne pourrait être confondue qu'avec une luxation dans le trou ovale, mais la mensuration ferait immédiatement découvrir l'erreur. Dans le premier cas, en effet, le membre est raccourci, tandis que dans le second, il est allongé.

La fracture du col du fémur présente deux symptômes communs avec la luxation sus-pubienne : ce sont le raccourcissement du membre et la rotation en dehors. Le diagnostic différentiel s'établit de la façon suivante avec la plus grande facilité ; dans la fracture on rencontre de la crépitation, de la mobilité, le renversement en dehors est facile à faire disparaître. Dans la luxation, au contraire, il n'y a ni crépitation ni mobilité, le membre est immobile, son renversement est extrême et il serait très difficile de le supprimer. De plus dans le cas de fracture, il n'y a pas d'abduction du membre, le grand trochanter se meut

sur un rayon plus court et on ne peut arriver sur la tête de l'os. Inversement dans la luxation sus-pubienne la cuisse est dans l'abduction, le grand trochanter se déplace sur un rayon plus long et on peut, d'ordinaire, sentir nettement la tête du fémur dans sa position anormale, suivant tous les mouvements qu'on imprime au fémur.

Cette méprise qui nous paraît cependant difficile à commettre a été faite, paraît-il, plusieurs fois, j'ai vu qu'elle avait été commise par Lisfranc qui croyant avoir à faire à une luxation ilio-pubienne fit de nombreuses tentatives de réduction chez un malade qui, suivant ses propres expressions, présentait un raccourcissement de trois pouces, une rotation du membre en dehors, avec présence dans l'aîne, d'une tumeur dure arrondie qu'il prit pour la tête du fémur. On reconnut après les manœuvres qu'il s'agissait d'une fracture. Nélaton cite un autre cas dans lequel une luxation semblable fut prise pour une fracture, et qui se réduisit aux premiers efforts que l'on fit pour allonger le membre. Enfin le professeur Tédénat fut appelé à soigner une luxation intra-pelvienne que le médecin traitant avait pris pour une fracture.

Il y a encore une autre cause d'erreur, qui méconnue ferait très facilement porter le diagnostic de luxation intra-pelvienne de la hanche, je veux parler de la variété de luxation compliquée, où la tête fémorale ayant passé au travers de la cavité cotyloïde se trouve dans le bassin.

Là aussi, en effet, la luxation a été produite par un traumatisme violent portant sur la région de la hanche. Le malade n'a pu ni se lever, ni marcher seul, tout le membre ainsi que l'articulation coxo-fémorale est douloureuse et présente de l'impotence fonctionnelle. Comme signes physiques, toujours pouvant prêter à la confusion, nous trouvons à l'examen de la région, outre les traces d'une contusion de la hanche, un aplatissement de la région trochantérienne, parfois même une forte dépression longitudinale en gouttière, le long du bord interne du grand fessier. Le grand trochanter n'est plus à sa place, il est plus rapproché de la ligne médiane qu'à l'état normal. On a même parfois signalé la présence d'une ecchymose au niveau du ligament de Fallope.

Le membre inférieur est le plus souvent en rotation en dehors avec abduction, cette dernière, légère il est vrai. Le membre est aussi raccourci. Très souvent ce raccourcissement est insignifiant, mais on l'a trouvé, dans certains cas, allant jusqu'à 4 et 5 centimètres. Enfin la palpation de la fosse iliaque correspondante permet, tout comme dans une luxation intra-pelvienne, de reconnaître l'existence d'une saillie osseuse, de forme arrondie, proéminent dans la cavité pelvienne.

Il s'agit donc d'établir le diagnostic entre cette luxation intra-pelvienne compliquée et la véritable luxation du même nom. Le raccourcissement

énorme que l'on observe dans l'intra-pelviennne véritable doit, je crois, immédiatement faire écarter l'idée de luxation compliquée d'enfoncement du cotyle. Nous avons vu, en effet, que dans ce type de luxation il atteignait facilement huit centimètres et même dix comme dans le cas observé par le professeur Le Dentu, tandis que dans le cas de fracture du fond du cotyle, le raccourcissement maximum, et encore est-il discuté, a été de quatre à cinq centimètres. Mais, en tout cas, le toucher rectal permettra le diagnostic, car si l'on constate pareillement la présence d'une saillie suivant les variations consécutives aux mouvements qu'on imprime au fémur, ce toucher explorateur portant sur la face postérieure du cotyle, permettra d'en constater la fracture et l'éclatement.

La radiographie viendrait enfin lever tous les doutes.

Pronostic. — Les luxations de la hanche, nécessitant pour se produire des traumatismes violents, le pronostic doit toujours être réservé. Si en effet le malade ne succombe pas à la violence du traumatisme producteur, intéressant ordinairement plus que l'articulation coxo-fémorale, il faut en effet tenir compte des complications dont les luxations, et surtout les variétés pubo-pectinées et intra-pelviennes peuvent être le point de départ, ainsi que des difficultés de la réduction.

Nous nous sommes précédemment suffisamment

étendu sur l'étude et le mécanisme des lésions vasculaires, capables d'assombrir le pronostic pour que nous y revenions encore.

Quand la luxation est récente, quand elle est exempte de complications, le pronostic est généralement favorable même comme dans les cas semblables à celui que nous a communiqué le professeur Le Dentu, où on était en droit de s'attendre à tout. Il sera bon cependant de ne jamais se prononcer d'une manière formelle, car on a vu des luxations même récentes résister à toutes les tentatives de réduction, ou tout au moins, causer, ayant d'y parvenir, des ennuis sérieux.

Plus la luxation sera ancienne, plus elle sera difficile à réduire ; si elle date de plus d'un à deux mois les difficultés seront généralement insurmontables. Abandonnées à elles-mêmes, les luxations du fémur privent le membre d'une partie de ses mouvements tout en permettant cependant au malade de s'en servir partiellement.

Les obstacles à la réduction peuvent provenir, soit des muscles, soit de la capsule articulaire. Les muscles, en effet, à la suite d'une luxation de la hanche, peuvent être contracturés, et contracturés parfois dans une position anormale. Ils peuvent encore s'interposer entre la cavité articulaire et la tête fémorale, ou même s'enrouler autour d'elle. Il peut arriver aussi que la tête fémorale passe entre le muscle psoas-iliaque et le rebord de la cavité articulaire, ou bien même,

passé entre deux muscles, ou au travers d'un muscle déchiré.

Pour Bigelow, c'est le ligament ilio-fémoral, le ligament en Y qui constitue le principal obstacle à la réduction. C'est lui qui, s'appliquant sur le col du fémur, empêche la tête de repasser par le sourcil cotyloïdien lorsque, par des mouvements préalables, on est parvenu à la ramener à ce niveau, et de reprendre sa place dans la cavité.

L'étroitesse de la boutonnière capsulaire n'a pas, je crois, ici à être envisagée, car, soit dans la luxation pubo-pectinée, soit dans la luxation intra-pelvienne surtout, on la trouve toujours très largement déchirée. Hamilton, lui, attribue indifféremment à l'action musculaire et à l'action ligamenteuse les obstacles à la réduction : il adopte une théorie mixte entre les deux.

On comprend très bien comment le pronostic peut varier suivant ces différentes complications.

CHAPITRE V

Traitement.

Comment faudra-t-il s'y prendre pour réduire ces luxations ? Depuis longtemps déjà les méthodes de force sont abandonnées, et la méthode de douceur est seule employée.

M. Dolbeau, dans un exposé historique du sujet *Réduction des luxations de la cuisse par la flexion combinée à la rotation, procédé de Desprès*, 1868, fait remonter à Pouteau l'idée capitale de réduire les luxations de la cuisse sans employer les manœuvres de force. Pouteau recommandait déjà en effet la flexion du membre et les tractions modérées, à l'époque où Petit venait d'inventer sa machine à tractions. C'est à Desprès, en 1835, que revient l'honneur d'avoir érigé en méthode, la flexion de Pouteau combinée à la rotation de la cuisse en dehors.

Je crois bon de reproduire ici le résumé du travail de Dolbeau tel que je l'ai trouvé dans un numéro du *Bulletin de thérapeutique générale* :

1^o Toutes les luxations récentes de la cuisse, quelle que soit la variété, peuvent être aisément réduites par le procédé de la flexion combinée à la rotation ;

2^o Ce procédé qui appartient à la méthode de douceur procure des succès, même dans les cas où la méthode de force peut échouer ;

3^o La flexion de la cuisse combinée à la rotation du membre permet de dégager la tête de tous les obstacles qui pourraient la retenir et en même temps de lui faire parcourir les différents points de la circonférence du cotyle jusqu'à ce qu'elle soit en rapport avec la déchirure capsulaire, seule porte par laquelle elle puisse rentrer ;

4^o Avant d'avoir recours aux méthodes de force, il convient de tenter la flexion avec rotation après avoir, au préalable, administré le chloroforme jusqu'à ce que la résolution des muscles soit complète.

Dans les traités récents de thérapeutique chirurgicale, ces idées sont complètement adoptées. Le meilleur moyen en effet de dégager l'os, soit en relâchant l'obstacle, soit en le tournant, est la flexion. Elle met en effet les muscles et le ligament en Y dans le relâchement le plus complet, et elle porte la tête de l'os directement en bas, seulement il faut avoir soin, la flexion étant faite, ou même en la faisant, d'élever la cuisse directement en haut tout en la soulevant, de manière à détacher la tête des plans profonds sur lesquels elle repose. Si on

ne le faisait pas, la flexion perdrait tous ses avantages et conserverait tous ses inconvénients.

Il ne faut pas craindre de fléchir fortement la cuisse et même de dépasser l'angle droit. Non seulement la flexion a pour résultat le relâchement musculaire et ligamenteux dont nous avons précédemment parlé et de porter la tête en bas, mais encore la flexion aussitôt commencée, la cuisse se porte d'elle-même dans l'abduction et la rotation en dehors. Ainsi que le dit Wolkman, il se produit un mouvement de renversement spontané de la cuisse qu'on ne saurait empêcher même en tenant vigoureusement le membre : or, l'abduction ainsi produite a pour effet de ramener la tête en face de la déchirure capsulaire. L'abduction doit en effet, toujours accompagner la flexion, elle doit, même être exagérée lorsque cette dernière est complète. Le chirurgien américain, Stimson, a particulièrement insisté sur ce point : fléchir, mettre dans l'abduction, renverser en dehors, telle est sa formule. M. Guermonprez dans une communication qu'il fit à la Société anatomique de Lille en 1888, insiste aussi particulièrement sur ce point. De plus l'abduction agit encore en écartant les lèvres de la déchirure capsulaire et en agrandissant la boutonnière.

Dans un second temps, on ramène le membre dans la rotation en dedans, en adduction et enfin en extension, la tête dégagée regagne alors la cavité articulaire.

Telles sont les données générales du traitement.

Doit-on, avant le mouvement de flexion, commencer par exercer des tractions suivant l'axe du membre comme le font certains chirurgiens ? M. Aubry fait remarquer dans le cours de son observation que ce mouvement a pour résultat d'étrangler la boutonnière qui embrasse le col fémoral, en même temps que le grand trochanter s'enfonce dans le cotyle, et s'arc-boute contre la partie inférieure du rebord de cette cavité.

Dans leur *Traité de thérapeutique chirurgicale*, les professeurs Forgue et Reclus conseillent, non seulement les mouvements de traction, mais encore la traction à moufles. Si la question peut se poser pour la luxation pubo-pectinée, il n'en est plus de même pour l'intra-pelvienne. Il est évident qu'il faut d'abord commencer par exercer quelques tractions pour faire descendre la tête fémorale située dans la fosse iliaque interne jusqu'au niveau de la hanche horizontale du pubis par-dessus laquelle elle doit repasser. Si on ne le faisait pas, on risquerait de la voir se porter en dedans, au devant du trou ovale, comme cela est arrivé chez le malade du Dr Bousquet où elle occupait successivement et alternativement la portion pubienne et iliaque. Il suffit, dans ce cas, d'une simple traction sur le membre inférieur pour lui faire réintégrer la cavité cotyloïde. Il sera bon aussi de presser d'arrière en avant sur la tête du fémur pour l'empêcher de revenir en haut pendant la flexion.

Dans le cas de luxation pubo-pectinée je ne crois pas que ce mouvement de traction soit nécessaire, et il me semble qu'on peut commencer tout de suite par le mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin.

M. Lejars, ainsi qu'il l'explique, lorsqu'il traite des luxations en avant et en haut dans son livre sur la *Chirurgie d'urgence* n'est pas partisan des tractions dans l'axe du membre, qui, pour lui, ne peuvent guère mobiliser la tête luxée. La flexion serait tout aussi illusoire ; c'est seulement l'abduction forcée qui réussirait à déplacer la tête. Il réduisit de la sorte une luxation sus-pubienne qu'il eut l'occasion d'observer en 1893, lorsqu'il remplaçait à l'Hôtel-Dieu le professeur Le Fort.

Avant de commencer les manœuvres de réduction, il faut avoir eu soin d'anesthésier le malade, soit à l'éther, soit au chloroforme. Cette question a pendant longtemps fait l'objet de nombreuses controverses, les uns en étaient partisans, les autres la discutaient. Il est certain que dans les luxations récentes, où les muscles, par suite du traumatisme sont comme insensibles, on peut arriver fréquemment à imprimer à la cuisse des mouvements étendus sans réveiller la contractilité musculaire, et produire la contracture. Il vaut mieux cependant, ainsi qu'il a été d'ailleurs fait dans presque toutes les observations rapportées ici, procéder d'abord à l'anesthésie : les avantages que l'on en retirera compenseront amplement la crainte

des quelques accidents que l'on pourrait redouter.

Quant à la position qu'il faut donner au blessé pour réduire sa luxation, la position la plus favorable pour lui, et la meilleure pour l'opérateur, est de l'étendre par terre sur un matelas dans le décubitus dorsal.

Lorsqu'on a réussi à opérer la coaptation, il sera nécessaire de placer un bandage constitué par exemple par une serviette, pour maintenir le membre luxé dans la même position que le membre sain, et de faire garder l'immobilité complète.

En résumé, dans la pratique, la méthode susceptible de donner de bons résultats doit comprendre trois temps principaux qui sont :

- 1^o Action sur le membre en abduction ;
- 2^o Flexion de la cuisse sur le bassin avec soulèvement du membre ;
- 3^o Rotation en dedans, adduction et extension.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Aubry, 1853, Société de chirurgie, volume III, p. 377.

Luxation sus-pubienne (pubo-pectinée).

Examen cadavérique, huit jours après sa production.

Le nommé Joseph R..., âgé de 35 ans, fut renversé par une voiture, le 1^{er} juin 1852, et l'une des roues lui passa sur la hanche droite. Transporté à l'Hôtel-Dieu de Rennes, deux jours après l'accident, il y succomba dans la nuit du 6 au 7 du même mois, sans qu'il nous soit possible de préciser davantage les symptômes qui ont précédé la mort

A l'autopsie, on constata que l'aîne droite était le siège d'une ecchymose qui se prolongeait vers les régions crurales et fessières. Au niveau de la partie centrale de l'aîne, les tissus sont soulevés par une tumeur appréciable à la vue ; le toucher fait reconnaître que cette tumeur est dure, arrondie, et qu'elle suit les mouvements imprimés au fémur.

La cuisse, le genou et la jambe, sont dans la rotation en dehors ; la pointe du pied est aussi tournée en dehors. En un mot le membre repose sur la table par sa face externe.

La cuisse, dans une légère abduction est un peu fléchie sur le tronc ; la jambe est fléchie à angle obtus sur la cuisse. Le membre pelvien du côté opposé est dans la rectitude et appuie sur la table par sa face postérieure. Du côté luxé, la région trochantérienne présente un vide très notable ; on ne peut plus reconnaître au toucher la saillie du grand trochanter.

Mensurations. — Les deux membres, étant placés dans la même attitude, un lien portant les divisions du mètre, est tendu entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et la base de la rotule, alternativement du côté luxé et du côté sain : le résultat est pour le membre luxé 0,42 et pour le membre sain 0,43, donc un centimètre de raccourcissement.

Dissection. — Après avoir mis à découvert les ganglions lymphatiques de l'aîne, l'arcade crurale, la partie supérieure de la saphène, et l'anneau inguinal, nous divisâmes la paroi antérieure de l'infundibulum crural pour isoler l'artère et la veine de ce nom. Le pectiné, le psoas, le nerf crural furent ensuite disséqués avec soin, après quoi, nous examinâmes la situation de la tête du fémur, dont une portion apparaissait à nu immédiatement au-dessous du ligament de Fallope, au côté interne de la veine fémorale et en dehors du pectiné.

L'artère et la veine crurale passent sur le milieu de la tête du fémur. Ces vaisseaux étant renversés de bas en haut au-devant du ligament de Fallope, on découvre la tête du fémur dont le tiers externe est encore marqué par un lambeau de capsule. Vers le centre, apparaît la dépression destinée à donner attache au ligament rond ; cette dépression regarde en avant et un peu en dedans. Une portion du ligament rond, longue de 25 millimètres, est restée attachée à la tête osseuse : son extrémité libre est inégale et frangée.

Le ligament de Fallope soulevé par la tête du fémur décrit à son niveau une légère courbe à concavité inférieure. La tête du fémur, examinée en arrière du côté de la cavité abdominale, s'aperçoit par l'anneau crural, appuyée sur la partie antérieure de la portion du pubis qui constitue la limite postérieure de cet anneau. En un mot, la tête du fémur est située, non, dans la gaine du psoas, mais dans ce qu'on a appelé le canal crural.

Aucun point de la surface diarthrodiale ne touche le rebord cotyloïdien. Une distance de 15 millimètres sépare ce rebord de la ligne où commence le cartilage, et c'est le col du fémur qui repose sur la partie supérieure et antérieure du bourrelet fibro-cartilagineux, de telle sorte que la tête se trouve appuyée sur l'éminence ilio-pectinée. Le muscle psoas et le nerf crural passent sur la face antérieure du col qui est devenue externe. Ils se trouvent, par cela, même repoussés en dehors ; l'extrémité inférieure du muscle se recourbe en dedans, au-dessous de la tête, et du bord inférieur du col, pour gagner le petit trochanter dont le sommet est dirigé en avant et un peu en dedans. Le psoas décrit donc une courbe qui embrasse le col en dehors et en bas. Le pectiné est recouvert dans une grande partie de sa surface antérieure, de sang noir, coagulé, adhérant intimement aux fibres charnues, et pénétrant même entre celles-ci. Cette infiltration sanguine se propage en arrière des vaisseaux vers le psoas qui présente aussi quelques ecchymoses. La tête du fémur repousse en dedans le pectiné, et la partie interne de cette éminence est recouverte par le bord externe du muscle, bord qui a subi des déchirures.

Le sommet du grand trochanter occupe la partie inférieure et postérieure de la cavité cotyloïde dont il est séparé par une

portion de la capsule et plusieurs tendons. Celle de ses faces, qui, normalement, regarde en dehors et un peu en avant, est dirigée en arrière et un peu en dehors.

En résumé, la tête du fémur, s'échappant par la partie supérieure et antérieure de la cavité cotyloïde, a franchi le bourrelet fibro-cartilagineux, et repoussant en dehors le psoas, déjetant en dedans et soulevant le pectiné, est venue se loger derrière les vaisseaux cruraux au-devant de l'éminence ilio-pectinée, au milieu du pli de l'aîne. Le fémur a subi un mouvement de rotation de dedans en dehors par lequel la portion de sphère osseux qui regarde normalement en dedans et en arrière s'est dirigé en avant et en dedans. Le grand trochanter a été porté en arrière, et s'est logé partiellement dans la cavité cotyloïde en même temps que le fémur décrivant un quart de cercle de rotation, a eu sa surface antérieure portée en dehors, entraînant avec elle le reste du membre dans cette situation nouvelle.

Lésion de la capsule. — Le ligament capsulaire est déchiré transversalement à 1 centimètre de son point d'attache au pourtour du cotyle, et cela dans l'étendue de la demi-circonférence antérieure de cette cavité. Dans le point où le col du fémur repose sur le bourrelet cotyloïdien, le lambeau de capsule resté adhérent à l'os coxal est replié en dedans, et les sépare l'un de l'autre.

Le lambeau externe ou fémoral de cette déchirure recouvre une portion de la tête, et forme sur la partie antérieure du col devenu externe une sorte de bride résistante qui maintient l'os dans la place qu'il est venu occuper par le fait de la luxation, de sorte que le col du fémur est pris dans une espèce de boutonnière constitué par cette bande fibreuse,

appartenant à la capsule et le bord de la cavité cotyloïde.

Lorsqu'on relève l'extrémité inférieure du fémur comme dans la flexion de la cuisse sur le bassin, la bande fibreuse dont il vient d'être question est manifestement relâchée et le col devient plus libre. Si, au contraire, on abaisse le fémur comme dans l'extension de la cuisse, et que l'on exerce sur le même os une traction dirigée dans le sens de l'axe du membre, on voit la boutonnière qui embrasse le col exercer sur celui-ci une pression plus forte et produire une sorte d'étranglement en même temps que le grand trochanter s'enfonce dans le cotyle et arc-boute contre la partie inférieure du rebord de cette cavité. La portion de la capsule, fixée à la demi-circonférence postérieure de la cavité cotyloïde n'a subi aucune déchirure, mais elle est refoulée par le grand trochanter qui se trouve ainsi séparé de l'intérieur de l'articulation. Entre la partie postérieure du grand trochanter et la capsule se trouvent les tendons des muscles pyramidal, obturateur interne et jumeaux.

Muscles trochantériens. — L'obturateur externe est infiltré de sang ; ce muscle est manifestement relâché. Le pyramidal, l'obturateur interne et les jumeaux, n'ont pas paru allongés. Le premier contenait dans son épaisseur plusieurs épanchements de sang.

La flexion du fémur augmente l'allongement de ces derniers muscles, ainsi que celui des fessiers.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance du professeur Coyne, de Bordeaux).

Luxation pubo-pectinée de la hanche.

Le nommé J. Elie..., âgé de cinquante-quatre ans, tonnelier de profession, entre salle Cochin, service de M. Lefort, le 1^{er} mai 1870, décédé le même jour.

Cet homme a été écrasé par une voiture dans le courant de la nuit qui a précédé son entrée à l'hôpital. Le matin seulement il a été trouvé gisant sur la voie publique et amené dans le service, déjà moribond, ce qui fait qu'il n'a pu donner aucun renseignement sur la manière dont l'accident qui l'a frappé est arrivé; d'un autre côté, les renseignements recueillis auprès de sa famille, permettent de croire qu'il était en état complet d'ivresse lorsqu'il a été renversé.

L'autopsie est faite le lendemain.

Le cadavre est celui d'un homme vigoureux, la tête, le tronc et les membres supérieurs ne présentent aucune lésion; seuls, les membres abdominaux paraissent avoir été gravement atteints.

Le droit offre au niveau de la cuisse un raccourcissement et une déformation par flexion et rotation combinées, caractéristique d'une fracture de cuisse siégeant à la partie moyenne. Lorsqu'on veut remuer ce membre, crépitation très forte, entendue à distance. Une incision fait tomber immédiate-

ment dans le foyer d'une fracture comminutive autour de laquelle les masses musculaires sont déchirées, contuses et infiltrées de caillots sanguins, représentant environ en poids 500 grammes. Pour le gauche, les lésions paraissent être d'un ordre différent. Le membre tout entier, repose sur son bord externe.

Ainsi, le pied est couché sur le rebord calcanéen et sur le cinquième métatarsien, la jambe, sur le péroné et le genou sur le condyle externe. La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse, qui, elle-même, présente un degré très faible d'abduction, ou pour mieux dire, le segment de membre, est en ligne droite sur le bassin. La saillie du grand trochanter étant effacée, pas de saillie comparative qui permette de voir s'il y a un raccourcissement ou un allongement, à cause de l'état dans lequel se trouve l'autre membre.

Pas de lésions superficielles ni profondes dans le pied, la jambe, et la partie inférieure de la cuisse. Le triangle de scarpa en revanche est singulièrement déformé. Le creux qui correspond au trajet de l'artère fémorale est remplacé par une saillie arrondie, dure, lisse, presque sous-cutanée, et suivant les mouvements très restreints qu'on peut imprimer au fémur : c'est la tête fémorale. L'arcade fémorale est assez fortement soulevée en avant. La racine de la cuisse dans sa partie interne, est aussi le siège d'un gonflement considérable, mais mou et fluctuant.

Aussitôt après avoir enlevé la peau, on tombe sur un épanchement sanguin infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané et occupant toute la partie interne de la cuisse. La saphène est trouvée intacte, bien qu'exsangue.

L'aponévrose fémorale est rompue au niveau de la partie

moyenne du moyen adducteur et par cette rupture fait hernie une masse musculaire en bouillie provenant de ce muscle.

Le psoas-iliaque se trouve repoussé en dehors, de telle sorte que la tête fémorale vient faire saillie sous les vaisseaux et par sa partie saillante est au niveau de la face antérieure du muscle, la face postérieure du même muscle, bridant par une ligne courte le col, et l'appliquant contre la branche ilio-pubienne. Le moyen adducteur déchiré en plusieurs endroits dans sa partie supérieure renferme plusieurs foyers hémorrhagiques. Le pectiné est profondément altéré, surtout dans sa partie externe. La tête fémorale a pénétré dans son épaisseur, à l'union du bord externe et de l'insertion iliaque de ce muscle et n'est plus séparé des vaisseaux fémoraux que par quelques rares faisceaux musculaires et par le feuillet profond de l'aponévrose fémorale.

Les fessiers étant enlevés, on constate que la cavité cotyloïde est complètement vide et une dépression de la capsule remplace la saillie arrondie qu'on y trouve d'habitude. Le grand trochanter tout à fait effacé correspond dans toute son étendue à la cavité cotyloïde et repose sur la partie postérieure de la capsule, qui forme une sorte de voile à l'ouverture de cette cavité.

Les vaisseaux fémoraux, vus extérieurement, ne présentent aucune lésion apparente.

On écarte les muscles et les vaisseaux, et l'on trouve que la capsule est déchirée en deux points. 1^o A sa partie interne et inférieure, à l'endroit où elle est croisée par l'obturateur externe. La seconde solution de continuité plus considérable et par laquelle a passé la tête fémorale se trouve à la partie

antérieure et est limitée à sa partie interne par le ligament de Bertin resté tout à fait intact, rejeté seulement un peu en dehors et surtout fortement tendu.

La tête fémorale par son bord postérieur et par une partie de la face postérieure du col repose sur l'éminence ilio-pectinée et ainsi qu'on peut le voir en soulevant la tête, ces parties portent en creux l'impression des saillies sur lesquelles elles reposent. C'est une sorte d'épreuve négative de cette éminence.

Le ligament rond est rompu au niveau de son insertion, à la tête fémorale, et la dépression où elle se fait se trouve en avant et en dedans, de telle sorte qu'il y a une rotation du fémur sur son axe longitudinal d'environ un quart de cercle. L'obturateur externe bride en dedans le col fémoral, et est assez fortement rétracté. Enfin les vaisseaux fémoraux ouverts avec précaution ne présentent aucune lésion de leurs parois et leur calibre est intact.

On ne trouve pas non plus de lésions des grosses branches qui en partent dans le triangle de Scarpa.

OBSERVATION III (Inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur Coyne de Bordeaux.

Luxation pubo-pectinée.

Le nommé X..., âgé de 17 ans, bien constitué, est apporté le 23 février à l'hôpital de Libourne pour une lésion traumatique de la hanche du côté gauche. Ce garçon a été

renversé par une voiture qui lui a passé sur le côté gauche, au niveau de la région fessière et trochantérienne ainsi que permet de le constater une raie ecchymotique oblique de haut en bas vers la partie moyenne de la fesse pour se terminer en bas et en avant à un travers de doigt au-dessus du trochanter gauche.

Ce jeune garçon a perdu connaissance au moment de l'accident, et n'est revenu à lui que lorsqu'il a été couché dans la voiture qui l'a transporté à l'hôpital. Dans ces conditions, il n'a fait aucune tentative pour marcher, ni pour s'appuyer sur le membre blessé, par conséquent aucun effort, ni le poids du corps, dans la station debout, ne sont venus modifier les relations réciproques des parties telles que le traumatisme initial, les avait établies dès le début.

Couché dans un lit, le médecin de service constate l'existence d'une luxation fémorale en avant et en haut, sans préciser tous les détails du traumatisme. On procède immédiatement à des tentatives de réduction sous le chloroforme, sans appareil spécial, mais le chloroforme est mal supporté et les tentatives de réduction dans ces conditions sont impuissantes. La tête fémorale paraissait en effet descendre un peu, mais lorsque les tractions étaient arrêtées, elle reprenait la place qu'elle occupait primitivement.

Le soir, le malade urine spontanément et sans difficulté, le lendemain il en a été de même, en sorte que la fonction urinaire s'est toujours accomplie sans difficulté aucune.

Appelé le surlendemain, c'est-à-dire le troisième jour après l'accident, je trouvai le malade dans la situation suivante : la cuisse gauche était dans un état d'abduction moyenne, combiné avec une rotation en dehors, de telle sorte que le membre

inférieur gauche reposait en totalité sur le plan du lit par sa face externe ; la jambe était demi-fléchie sur la cuisse et le pied gauche, ainsi que la jambe, reposaient sur leur bord externe.

En explorant la région de l'aîne, on sentait la tête fémorale en avant, placée à égale distance du pubis et de l'épine iliaque antérieure et inférieure. Elle reposait sur l'éminence ilio-pectinée ; elle était très superficielle presque sous la peau et le moindre mouvement imprimé à la cuisse la faisait sentir immédiatement sous le doigt. L'artère fémorale était repoussée en avant et un peu en dehors, et on la sentait battre très facilement sous le doigt explorateur.

La région inguino-crurale était déformée par la présence de la tête fémorale et par un épanchement sanguin assez abondant qui se prolongeait sous forme d'ecchymose en dedans dans la région inguinale. La peau qui recouvre cette région était tendue.

Le grand trochanter était enfoncé dans les parties molles, et au niveau du point où se trouve la saillie qui le signale on constatait l'existence d'une dépression au fond de laquelle le doigt qui explorait la région inguinale sentait le grand trochanter. En imprimant des mouvements au fémur par son extrémité inférieure on sentait les mouvements inverses du grand trochanter et ceux de la tête fémorale, ce qui permettait d'affirmer qu'il n'existait aucune solution de continuité dans le col fémoral.

Par une étude plus complète de la région inguino-crurale, on a pu s'assurer que la tête fémorale était placée entre le psoas en dehors et le muscle pectiné en dedans. C'est ce qui ressortait pleinement de l'examen du muscle psoas-iliaque

qui formait une sorte de corde, tendue, saillante, et qui passait sur la partie supéro-externe de la tête fémorale et la partie avoisinante du col, appliquant ces parties sur la face supérieure de la branche ilio-pubienne. En effet tous les mouvements d'adduction et de rotation en dedans, étaient très douloureux, et presque impossibles à exécuter, surtout ce dernier, très limité par suite de la résistance offerte par le psoas.

La réduction paraissait donc être rendue très difficile par suite de son étranglement par la boutonnière musculaire et contractile, constituée par les deux muscles psoas-iliaque et pectiné.

Il n'y avait de chance de réussir que dans un allongement lentement produit de ces muscles par une extension méthodique, obtenue sans secousses, sous le chloroforme, de façon à faire disparaître la contracture des fibres musculaires, puis en faisant cesser brusquement l'extension, essayer par la combinaison de plusieurs mouvements de décrocher la tête de la saillie de l'éminence ilio-pectinée et de lui faire ensuite franchir la boutonnière musculaire.

Pour atteindre ce but, il était nécessaire d'exagérer d'abord l'abduction, et la rotation en dehors, ce qui dégagait la tête fémorale du rebord de l'éminence ilio-pectinée, puis en faisant succéder à ce mouvement un rapide mouvement de rotation en dedans, combiné avec un mouvement d'adduction, on pouvait espérer réussir à franchir les deux obstacles les plus sérieux à la réduction de la luxation. C'est ce que j'avais constaté une dizaine d'années auparavant par la dissection d'une pièce de luxation de même nature (Observation précédente, n° 2).

Les dispositions suivantes furent prises pour amener l'extension et la contre-extension : Un drap d'alèze placé en avant sur le bassin et en arrière suivant le pli interfessier est rattaché à un anneau fixé au mur. Des bandes de diachylon fixées par une bande de toile mouillée sur l'extrémité inférieure de la cuisse gauche retiennent un tube de caoutchouc replié en 16 doubles sur l'axe duquel est interposé un dynamomètre. Un mouffle permet en outre de faire l'extension sans secousses et d'en mesurer l'importance.

Lorsque tout est disposé comme nous venons de le décrire il est procédé à l'anesthésie par l'éther. A la résolution anesthésique complète, les tractions ont commencé et ont été amenées rapidement et sans aucune secousse jusqu'à 105 kilogs et maintenues pendant cinq minutes à ce degré.

La tête fémorale descendit alors d'environ 4 centimètres, mais elle resta ensuite immobile, les muscles ayant atteint leur maximum d'élongation.

Cette extension est maintenue avec une force moyenne de 95 kilogs pendant 10 minutes encore, avec une résolution anesthésique complète, puis interrompant brusquement les tractions, on voit la tête fémorale remonter, et reprendre la place qu'elle occupait primitivement, mais la sangle musculaire est lâche, et ne bride plus la tête du fémur. A ce moment, saisissant de la main gauche l'extrémité inférieure de la cuisse pour l'élever et produire un mouvement de rotation en dedans, tandis qu'avec la main droite je repousse la tête fémorale en arrière et en dehors, je vois très rapidement l'extrémité supérieure du fémur déplacée, céder à cette double action, s'enfoncer dans la boutonnière intra-musculaire et rentrer dans la cavité cotyloïde, avec le bruit caractéristique.

Un bandage approprié immobilise l'articulation pendant quelques jours. Le malade sort guéri de l'hôpital trois semaines après, le membre inférieur gauche ayant repris l'intégrité de ses fonctions.

OBSERVATION IV

Desmons et Bégouin. Société de Chirurgie. 1897.

Autopsie, p. 635.

Luxation pubo-pectinée.

Le 12 avril 1897, à une heure de l'après-midi, on apportait à l'hôpital Saint-André de Bordeaux dans notre service, un charretier, qui quelques instants auparavant, était tombé sous son tombereau chargé de sable. La hanche droite avait fait cale et la roue s'était arrêtée sans lui passer sur le corps. Il n'avait pas perdu connaissance, mais n'avait pas pu se relever. Ce furent là tous les renseignements qu'il put nous donner.

C'était un homme de 56 ans, grand et bien musclé, mais qui présentait un facies de vieil alcoolique : il exhalait du reste une forte odeur de rhum. Le visage était pâle. Le pouls régulier, un peu faible, sans être cependant petit, battait à 68 ; la respiration était normale. D'une voix forte, le malade répondait bien aux questions qu'on lui posait. Il y avait là en somme un état de shock moyen qui ne sembla pas inquiétant à celui de nous qui fut appelé auprès de cet homme.

En découvrant ce malade, nous aperçûmes d'abord une plaie contuse au côté droit du scrotum par laquelle le testicule sain faisait hernie. Ce n'était là qu'un accident de médiocre gravité. Le mal principal siégeait à la hanche.

Le membre inférieur droit, en légère abduction, reposait sur le plan du lit par sa face externe. Il était en extension, bien que la jambe fût très légèrement fléchie sur la cuisse et il semblait un peu raccourci. La mensuration faite de l'épine iliaque antérieure et supérieure, à la pointe de la malléole interne indiquait 2 centimètres de moins sur le membre malade, que sur le membre sain, placé dans la même attitude.

La hanche était déformée ; on voyait au niveau de la partie moyenne de l'arcade de Fallope une tuméfaction arrondie, du volume d'un œuf de poule. Au devant d'elle, sous la peau, l'artère fémorale battait.

En dehors, la saillie du grand trochanter avait disparu. Le toucher la faisait sentir plus rapprochée de la crête iliaque qu'à l'état normal, séparée d'elle par un espace où l'on pouvait facilement enfoncer le doigt, grâce au relâchement des muscles fessiers. Quant à la tuméfaction située au niveau de l'arcade crurale, elle présentait à la main tous les caractères de la tête du fémur et suivait les mouvements imprimés à cet os. Il ne paraissait y avoir aucune complication du côté du bassin.

C'étaient là tous les signes d'une luxation sus-pubienne.

Comme le malade se plaignait beaucoup du pli de l'aîne, on pensa que cette douleur provenait surtout de la position vicieuse de la tête fémorale, et l'on se mit en devoir de réduire immédiatement la luxation sous chloroforme.

Le patient fut placé par terre sur un matelas, le bassin maintenu fixe. Le membre fut alors saisi sous le jarret, et on essaya de relever fortement la cuisse. On n'y put parvenir : la luxation loin de se réduire semblait avoir tendance à se transformer en intra-pelvienne. Le membre fut alors ramené dans l'extension et l'abduction avec rotation externe. Dans ce mouvement, la sus-pubienne se transforme subitement en ovulaire puis, quand on essaie de rejeter la tête dans la cavité cotyloïde, la luxation sus-pubienne se reproduit :

Ces mouvements n'avaient duré que quelques minutes, et n'avaient exigé aucune force. Cependant sur les instances du blessé, on remit au lendemain un nouvel essai de réduction.

Trois heures plus tard, cet homme mourait, cinq heures après l'accident ; le lendemain nous fîmes l'autopsie.

Autopsie. — Le corps en état de rigidité cadavérique très marquée, présentait une ecchymose au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure et aussi de la tête fémorale luxée.

À l'incision de la paroi abdominale, on trouva le tissu cellulaire sous-cutané infiltré de sang, au-dessus de l'arcade de Fallope. Les autres couches de la paroi étaient normales. Les anses intestinales, étaient intactes, il n'y avait pas de sang dans le péritoine. Au-dessous de la séreuse cependant on apercevait une coloration brun foncé qui s'étendait à toute la moitié droite du bassin, à la fosse iliaque, et jusque dans la région lombaire. Le tissu cellulaire sous-péritonéal, était en effet tout infiltré de sang et cette infiltration se prolongeait dans la cuisse au-dessous de l'arcade crurale.

Une incision faite sur la partie antérieure de la cuisse, sui-

vant le trajet des vaisseaux fémoraux montrait que tout le tissu cellulaire qui les entourait était aussi imprégné de sang jusqu'à l'anneau du 3^e aducteur.

L'artère fémorale intacte était au-devant de la tête, tandis que la veine était en dedans. La tête du fémur, avait presque passé entre les deux vaisseaux. La veine circonflexe iliaque, s'abouchant un peu bas sur ce trajet, était rompue à quelques millimètres de son implantation.

Au-dessous de l'arcade crurale qui avait été refoulée en haut et en avant, la tête du fémur se présentait à nu dans le tissu cellulaire sous-cutané. Elle reposait par sa partie postéro externe sur l'os iliaque, entre l'épine antéro-inférieure, et l'éminence ilio-pectinée. Le muscle psoas iliaque était refoulé en dehors, avec le nerf crural. En dedans pendaient les lambeaux du muscle pectiné, partagé en deux par une déchirure perpendiculaire à la direction de ses fibres. La tête fémorale était intacte, mais le ligament rond était arraché à son insertion sur elle.

En bas et en dedans, on voyait à travers le pectiné déchiré, une cavité irrégulière, située au-devant du trou obturateur, dans laquelle la tête avait dû se placer quand dans notre tentative de réduction la luxation s'était transformée en ovulaire.

Avant de continuer l'autopsie, nous avons essayé de réduire la luxation. Le membre fut saisi sous le jarret et la cuisse fut fléchie, en même temps qu'elle était fortement tirée en dehors, et soulevée en haut. La tête se dégagait devant nos yeux, de sa situation anormale et il suffit alors de faire une légère rotation en dedans, pendant qu'on rame-

nait le membre dans l'extension avec adduction pour que la tête, réintègrât la cavité cotyloïde.

La luxation fut alors reproduite et le col fut sectionné à la scie, pour permettre de voir la cavité du cotyloïde, et d'examiner l'état de la capsule. Celle-ci était déchirée largement en dedans et en avant, depuis le bord interne du ligament ilio-fémoral, resté intact, jusque au-dessous et en arrière de l'échancrure ischio-pubienne. La déchirure avait la forme d'un triangle, dont la base répondait au sourcil cotyloïdien et mesurait plus d'un tiers de sa circonférence.

La cavité cotyloïde, ainsi que le sourcil cotyloïdien, étaient intacts, de même que les muscles pelvi trochantériens.

Telles sont les lésions, que nous avons relevées au niveau de la hanche.

OBSERVATION V

(Prof. J.-L. Reverdin. Thromboses de la veine fémorale.
Embolies pulmonaires. Guérison).

Publiée dans la *Revue médicale de la Suisse romande* en 1896,
p. 176.

Luxation pubo-pectinée de la hanche.

M... Jean-Marie, âgé de 42 ans, tombe d'un char en marche dont il veut descendre, et les roues lui passent sur le corps. La descente s'est faite dans le sens du mouvement de

la voiture ; le malade est tombé sur le côté droit, le char en avant, et le char lui passe sur la fesse gauche. Il perd connaissance. La voiture chargée de pierres s'arrête, la roue étant sur le corps de M..., on est obligé de la faire avancer pour le dégager. Ses camarades le relèvent, et le transportent à son domicile. La cuisse gauche s'est tuméfiée immédiatement, avant tout essai de reposition.

Visité par un officier de santé du pays, ce dernier essaie d'en faire la réduction sans y parvenir. Ces essais ont été faits avec beaucoup de prudence. Voyant que ses efforts étaient vains, il engage son client à entrer à l'hôpital de Genève. Le malade y arrive huit jours après son accident le 15 novembre 1889.

Etat à l'entrée. — Homme de bonne constitution. Teint un peu pâle et jaune. Pas d'alcoolisme ni de syphilis. Les différents systèmes sont en bon état. Point de troubles de la miction. Membre inférieur gauche en extension et rotation externe, cuisse en légère abduction. Le membre est fortement œdématié dans toute son étendue. Cet œdème est dur, raccourcissement de deux centimètres.

Ecchymose jaune bleuâtre aux deux plis de l'aîne et aux bourses. On voit à la partie moyenne du pli de l'aîne gauche une légère saillie produite, ainsi que la palpation permet de s'en rendre compte par la tête du fémur qui est déplacée en haut et en avant. Le grand trochanter regarde directement en arrière.

Les mouvements actifs et passifs sont impossibles à cause de la douleur. On sent les battements de l'artère fémorale immédiatement au-dessus de la tête du fémur. L'artère passe au-devant du col. L'œdème du membre rend impossible

cette constatation plus bas. Peau tendue, pâle et luisante, œdème du scrotum.

Le 16 novembre 1889. — Le professeur J.-L. Reverdin procède à la réduction de la luxation avec narcose à l'éther. Par la traction sur le membre fléchi, puis par la rotation en dedans, la tête du fémur descend sur le sourcil cotyloïdien, au bord interne de la cavité cotyloïde, mais sitôt que la traction est abandonnée, l'os reprend sa position primitive. Dans un second essai, on réussit, après avoir fixé la tête du fémur dans sa nouvelle position, à la faire rentrer dans la cavité articulaire en ramenant vers la cuisse médiane la cuisse étendue. Celle-ci se trouvait en flexion et en abduction dans le premier temps de la manœuvre.

Le membre est fixé dans sa position normale, en l'attachant à l'autre, au genou et au pied.

Le 17 novembre. — L'état du malade est satisfaisant. Le gonflement de la jambe et de la cuisse persiste. Température du pied gauche, légèrement inférieure à celle du pied droit.

Le 21 novembre, le volume du membre n'a pas beaucoup diminué mais le doigt déprime plus facilement la peau.

Le 26 novembre. — L'œdème du scrotum a diminué. Les ecchymoses ont presque complètement disparu. On peut sentir la veine fémorale comme un cordon plein et douloureux à la pression. L'œdème de la cuisse est beaucoup moins dur.

30 novembre. — Plus d'œdème du pied.

2 décembre. — Le malade éprouva brusquement une douleur à la base du poumon droit en avant. Dyspnée très forte. L'auscultation du point douloureux y fait sentir des râles muqueux. Six ventouses sèches et quatre ventouses

scarifiées loco dolenti. Un deuxième accès analogue au précédent se produit dans la journée. Injection sous-cutanée de morphine. Température 38,2. La nuit est bonne, pas de crachats hémoptoïques.

3 décembre. — Le malade est mieux ; la dyspnée a disparu. Le repos absolu est ordonné ; pas de troubles respiratoires dans la journée.

4 décembre. — Le malade a passé une bonne nuit. Il a toussé un peu. Point de crachats hémoptoïques.

20 décembre. — Pas d'incidents nouveaux. On assied le malade dans son lit ; l'œdème de la jambe continue à diminuer.

22 décembre. — Le malade se lève pour la première fois, pas d'accidents.

27 décembre. — Départ de l'hôpital. Il s'est levé tous les jours depuis le 22 mai, il n'a pas marché. Les mouvements de la hanche sont limités, mais indolores ; l'œdème a disparu.

Le malade fut revu en 1893. Un cordon dur occupait la place de la veine fémorale, sous la peau, pas de traces de circulation veineuse de remplacement. Pas d'atrophie musculaire. Un peu de raideur dans les mouvements qui sont cependant aussi étendus que normalement.

OBSERVATION VI

Reeve. *Hémorrhagie interne par rupture vasculaire. Mort et autopsie*. *Philadelphia med. and. surg. Rep.* XXV, page 494, 1868.

Luxation pubo-pectinée.

Un jeune Irlandais de 19 ans se précipite d'un train en marche, et se fait une luxation du fémur droit en avant et en haut.

Reeve et d'autres chirurgiens tentent la réduction sous le chloroforme, mais sans obtenir de résultats. Il se produit près de la tête fémorale déplacée une forte tumeur inflammatoire à laquelle s'ajoute encore une hémorrhagie interne.

Huit jours après l'accident, l'extrémité se tuméfie, se refroidit et le patient mourut le jour même après une perte rapide de ses forces.

Autopsie 33 heures après la mort. Sous l'aponévrose, épanchement sanguin abondant.

La tête du fémur est profondément engagée sous le ligament de Poupert. Le ligament rond est resté appendu à la tête du fémur.

La capsule et les ligaments de renfort, sont totalement rompus : il n'y a plus de lien entre la cavité cotyloïde et la tête du fémur.

Le nerf crural est en dehors, les vaisseaux sont en dedans

de la tête luxée. Le couturier, le tenseur du fascia lata et le pectiné sont soulevés et repoussés de côté : par contre les attaches du long et du court adducteur sont arrachées du bassin et de la face interne du fémur près du périoste. Leur tissu est déchiré et s'écrase sous le doigt.

Il y a de plus une fracture de l'acétabulum et une fracture du fémur dans la fosse trochantérienne. Celle-ci a séparé le grand trochanter du reste de l'os et se continue nettement sur le corps du fémur.

Le petit trochanter et les insertions du psoas iliaque sont intacts. Ce muscle est déplacé. Il ne se trouve plus à la face antérieure du fémur, mais à sa face interne, empêchant toute rotation en dedans. Le droit antérieur, s'est placé à la face interne de l'os de la cuisse et empêche sa rotation en dehors.

La réduction fut des plus faciles, par une simple rotation, après section du tendon du psoas iliaque.

OBSERVATION VII

Luxation pubo-pectinée. — Lauenstein. Zeitschr. für chirurgie, 1888, t. XXVII, p. 571. — Mort et autopsie.

Il s'agit d'un homme tombé de 25 pieds de haut qui présente, outre d'autres lésions, une luxation sus-pubienne droite. La cuisse un peu en abduction et forte rotation en dehors, est presque en hyperextension. Le genou est légèrement fléchi.

On constate dans la région inguinale droite, une tuméfaction anormale, qui correspond à la tête du fémur. Celle-ci repose sur le pubis près de son épine, jambe bleuâtre, froide, livide à cause d'une forte tension de l'artère fémorale.

La région trochantérienne est enfoncée ; on n'y trouve pas la saillie normale du grand trochanter.

La réduction se fait dans la narcose par le procédé suivant : abduction et extension, puis rotation en dedans. La tête sur laquelle on presse légèrement, glisse lentement mais régulièrement de la branche horizontale du pubis. Ensuite par un mouvement simultané de flexion et d'adduction, elle rentre avec un bruit appréciable dans la cavité cotyloïde.

La malade meurt treize heures après la réduction à cause d'autres lésions plus graves.

Autopsie. — La capsule articulaire est arrachée au niveau du sourcil cotyloïdien, dans une étendue de près de 8 centimètres.

Le ligament rond est arraché de son insertion cavitaire, l'insertion du pectiné est aussi complètement déchirée. Le grand trochanter était fracturé.

OBSERVATION VIII

Luxation pubo-pectinée. Professeur Robert de Coblenz,
Wiener medizinische Wochenschrift. 1856, p. 418.

Frédéric Meisser, âgé de 47 ans, serrurier à Wildungen, homme grand et très musculeux, fut le 4 novembre 1849

jeté sur le sol, par la chute d'un grand tonneau tombant d'une voiture et qu'il voulut soutenir. Il ne peut se relever. Lorsqu'on essaya de le mettre sur pied, on constata un raccourcissement de la jambe droite, qui était rejetée vers l'intérieur.

Les médecins appelés, les D^{rs} Sroecker de Lingelsheim et le chirurgien Christianii constatèrent une luxation du haut de la cuisse droite sur la branche horizontale du pubis. Ils ne purent en opérer la mise en place ni par la force des mains, ni au moyen d'appareils à extension, bien qu'ils aient essayé en outre, de vaincre la résistance des muscles contractés par tous les moyens connus, tels que la saignée, les bains, et la narcose par l'éther.

Après trois jours d'essais infructueux, les médecins firent transporter le malade à ma clinique privée, à Marburg.

A l'examen, je trouvai le haut de la cuisse ayant fait une rotation vers l'extérieur, telle que sa surface interne se présentait en avant. Le bas de la cuisse était fléchi contre le bassin et la jambe contre la cuisse. Il en résultait un raccourcissement de la jambe qui paraissait très important, mais qui, en réalité, après mesurage exact, ne s'élevait pas à un pouce. En même temps, le haut de la cuisse, était dirigé vers le bassin, de telle sorte que le prolongement de son axe longitudinal se trouvait à peu près, dans la direction de la crête iliaque.

Le pli iliaque et la fosse iliaque étaient aplanis ; sur la branche horizontale du pubis, on sentait une enflure dure, de la grosseur d'une pomme, que l'on reconnaissait pour la tête d'articulation du fémur disloqué, grâce à la part qu'elle

prenait au mouvement du haut de la cuisse, mouvement dont nous allons parler.

La face postérieure du côté en question était notablement aplatie et on pouvait sentir le grand trochanter à la place du bord supérieur de l'articulation. Quant à la largeur du bassin, la mesure prise du milieu de la symphyse jusqu'à la limite du corps, horizontalement, était, du côté malade, plus courte de 3 centimètres que du côté sain.

On pouvait fléchir le haut de la cuisse contre le bassin presque jusqu'à former un angle droit. De même on obtenait une légère rotation vers l'intérieur et vers l'extérieur ; dans ce dernier mouvement, la tête du fémur faisait saillie, alors que dans le premier elle disparaissait davantage. On pouvait également quelque peu augmenter l'adduction alors qu'un essai d'abduction provoquait les douleurs les plus vives. Par l'influence de la volonté les muscles fléchisseurs pouvaient faiblement agir sur la cuisse, mais cette dernière reprenait par son poids sa position antérieure, dès que cette action n'existait plus.

Les douleurs qui se faisaient sentir à la pression sur la tête, à l'adduction du fémur, indiquaient que le nerf crural se trouvait étendu sur cette tête ; au côté interne de la tête, on sentait battre distinctement l'artère crurale.

De fortes ecchymoses et l'enflure du scrotum et du pénis, indiquaient des obstacles à la circulation veineuse ; il n'y avait pas de rétention d'urine.

La réduction fut opérée de la manière suivante : un aide fixa solidement le bassin, deux autres conduisaient le fémur d'après mes indications.

Le fémur fut d'abord étendu le plus possible contre le

bassin, ce qui produisit déjà une saillie considérable et visible de la tête de l'articulation, puis on lui fit faire une rotation aussi grande que possible vers l'extérieur, ce qui la fit saillir encore plus. On le fit ensuite mouvoir vers l'extérieur dans le même plan que son extrémité inférieure, c'est-à-dire qu'on pratiqua l'abduction.

Ce mouvement avait pour but de faire glisser au-dessus de la branche horizontale du pubis la tête d'articulation qui y était ensacquée et dont le col chevauchait sur cette partie osseuse.

Il était par suite utile de faire ressortir le plus possible cette tête, ce qui se produisit par l'extension et de la rotation, et ensuite de lui faire passer le niveau du bord supérieur du pubis, mouvement que l'abduction réalisa, la forme de la partie supérieure du fémur, étant presque à angle droit.

Une extension et contre-extension du fémur, au moyen d'une serviette entourant son extrémité supérieure, n'aurait pas atteint ce but, car cette manœuvre n'aurait fait que faire s'accrocher entre elles les parties osseuses en contact.

L'évolution de mon mouvement s'annonça par un bruit perceptible lorsque la tête passa au-dessus de l'épine du pubis. La cuisse fut ainsi allongée, mais resta dans sa position tournée vers l'extérieur avec quelque peu d'abduction.

En appuyant mon genou gauche contre la surface extérieure du pubis droit, je saisis l'extrémité supérieure du fémur avec mes deux mains, de telle sorte que je pouvais avec la pointe de mes doigts exercer une pression contre la tête. Pendant cette pression, le fémur fut courbé dans une direction diagonale au tronc, c'est-à-dire dans la direction de l'épaule

du côté sain. Dans ce mouvement, la jambe eut une forte rotation vers l'intérieur, et lorsqu'on la fit sortir de cette position par trop fléchie pour la mettre dans une position allongée, la tête du fémur vint sauter dans l'acétabulum avec un bruit perceptible.

Les mouvements ne furent ni précipités ni impétueux, mais on les exécuta avec tranquillité et sûreté.

Toute l'opération dura à peine trois minutes, et le patient assura que les douleurs avaient été bien moins grandes que pendant les premiers essais de réduction.

Le sentiment d'ahurissement et les douleurs, diminuèrent immédiatement. Lorsque je me fus assuré par des mouvements prudents, de la mobilité du fémur dans l'articulation, le malade fut reporté dans son lit. Une ceinture de bassin assujettit la tête du fémur. Le jour suivant le malade se trouvant tout à fait bien, je pus, suivant sa volonté, le renvoyer chez lui.

OBSERVATION IX

Communiquée par M. le professeur Le Dentu, *Clinique chirurgicale*, p. 201,

Luxation intra-pelvienne de la hanche.

Un matin du mois de janvier 1898 on apporta à l'hôpital Necker, salle Malgaigne, un homme d'une quarantaine d'années qui était tombé d'un échafaudage. D'une constitution très vigoureuse, il était grand et fortement musclé.

En l'examinant, deux heures environ après l'accident, je fus immédiatement frappé par l'aspect du membre inférieur

droit, modifié dans sa forme, son volume et sa longueur. La saillie trochantérienne avait disparu et toute la partie extérieure de la région de la hanche, était flasque et déprimée. La cuisse présentait un volume, qui nous parut énorme, certainement double de celui de la cuisse opposée.

Le membre était en extension et en légère rotation externe. La mensuration révéla un raccourcissement de 10 centimètres. Sur toute la partie antérieure et interne de la cuisse, les téguments présentaient une coloration bleuâtre indiquant, tant par sa diffusion que par la rapidité de son apparition, l'existence d'un épanchement sanguin extrêmement abondant.

Tout le membre était légèrement refroidi. La jambe et le pied offraient une teinte violacée, et le gonflement déjà assez prononcé de ces parties indiquait une stase sanguine évidente. Il paraissait certain que de graves désordres, s'étaient produits du côté des vaisseaux, vers la racine du membre. Ma première impression fut que l'artère fémorale profonde avait dû se rompre et que nous nous trouvions en présence d'un anévrysme diffus. On ne pouvait sentir nettement les pulsations ni de la fémorale, ni de la tibiale postérieure, ainsi que de la pédieuse. La palpation me fit reconnaître bientôt que l'extrémité supérieure du fémur, n'était plus à sa place : la main appliquée à la partie externe de la région de la hanche déprimait des tissus flasques sans reconnaître la saillie du grand trochanter.

Il s'était donc produit incontestablement une luxation ; mais où se trouvait la tête fémorale ? Il fallut la chercher au-dessous du bord antérieur du bassin. Elle était sur les limites internes de la fosse iliaque interne, très haute, assez

difficilement accessible au palper, mais reconnaissable cependant sans peine, car les mouvements imprimés à la cuisse se transmettaient jusqu'à elle avec la plus grande facilité. Cette deuxième constatation indiquait en outre, qu'il n'existait pas de fracture concomitante.

Etant donné cette situation extraordinaire de la tête fémorale, je dus me demander si elle n'avait pas pénétré dans la cavité abdominale. L'absence de contraction des muscles de la paroi me rassurait un peu à cet égard, d'autre part l'aspect du membre et les troubles circulatoires m'avaient dès l'abord inspiré les plus grandes craintes au sujet des vaisseaux. On était vraiment autorisé d'autre part à supposer ces dégâts énormes : arrachement, déchirure de tous les ligaments de l'articulation coxo-fémorale, de l'arcade de Fallope et d'un grand nombre de muscles. Aussi étais-je prêt à toutes les éventualités et avant d'endormir le malade je me suis demandé si la gravité et l'étendue des lésions ne m'imposeraient pas la désarticulation coxo-fémorale.

Les choses s'arrangèrent bien mieux que je n'aurais osé l'espérer. Le blessé fut anesthésié à l'éther. Une fois endormi il fut placé de façon à ce que le siège débordât le lit d'opération. La cuisse saine étant maintenue par un aide, saisissant au-dessus du genou le membre luxé, je commençai par lui imprimer de légers déplacements dans le sens transversal. Sentant le fémur mobile, j'exécutai ensuite quelques tractions pendant que le bassin était solidement fixé par les mains d'un infirmier.

Un mouvement de rotation en dehors, combiné avec l'adduction et la continuation de la traction, amena subitement la tête dans la région obturatrice. De là il me fut facile de

lui faire réintégrer la cavité cotyloïde en portant le membre en flexion forcée, puis de nouveau en abduction.

Je m'attendais à plus de résistance, et en réalité le succès fut aisé. Il avait suffi de faire suivre à la tête fémorale, en sens inverse, le chemin qu'elle avait dû parcourir pour remonter à la place où j'en avais constaté la présence. Les premiers mouvements qui l'abaissèrent et lui firent franchir le rebord pelvien avaient été certainement exécutés, autant à titre d'exploration que de tentatives de réduction. Une fois la réduction obtenue, le membre fut relié à celui de l'autre jambe par une serviette nouée autour des cuisses. Il avait repris immédiatement sa longueur et sa configuration normales, sauf le gonflement qui ne pouvait se dissiper qu'au bout de plusieurs jours.

Mes craintes, au sujet des vaisseaux fémoraux, n'étaient heureusement pas fondées. La circulation, certainement très gênée par le déplacement du fémur, se rétablit dès que celui-ci eut repris sa place. Néanmoins, des ruptures, vasculaires importantes s'étaient produites, car toute la cuisse se couvrit d'ecchymoses et un empâtement profond persista pendant trois semaines.

Le malade, après avoir séjourné pendant un mois environ à l'hôpital Necker en sortit dans des conditions très satisfaisantes, laissant espérer un rétablissement fonctionnel parfait. Il a été malheureusement impossible d'obtenir des renseignements postérieurs à la sortie du malade de l'hôpital.

OBSERVATION X

Luxation intra-pelvienne de la hanche (Bousquet et Rocheport. Communication à la Société d'Anatomie de Bordeaux 1896, p. 250).

Le malade faisant l'objet de cette observation est un charretier de 22 ans, qui n'a pas d'antécédents pathologiques. Le 11 septembre dernier, il tombe à la renverse, de telle façon que la roue droite de derrière de son camion passe sur sa cuisse droite de bas en haut et de dedans en dehors. Le trajet suivi par la roue est marqué par une dépression et une ecchymose ; il va de quatre travers de doigt au-dessous du condyle interne au grand trochanter.

Le malade est immédiatement transporté à l'hôpital Saint-André : il présente une luxation intra-pelvienne de la tête fémorale. Le membre est en abduction et rotation en dehors : le grand trochanter, rejeté en arrière, distend la peau, La tête fémorale fait saillie dans la fosse iliaque droite, le col est à cheval sur la branche ilio-pubienne, les vaisseaux fémoraux sont soulevés et battent immédiatement au-dessous de la peau.

Au moment de l'examen, c'est-à-dire deux heures après l'accident il y a déjà de l'œdème du membre inférieur.

La peau de la face externe de la cuisse est soulevée sur toute sa longueur par un épanchement qui s'évacue cinq jours après au niveau du point où le trochanter déplacé a, par distension, déterminé une plaque de sphacèle ; il s'écoule un

liquide séreux ; c'est un épanchement de sérosité dû au décollement de la peau au-dessous du fascia lata.

Le malade est étendu sur un matelas placé sur le sol ; anesthésie chloroformique. Le bassin étant immobilisé par un aide, flexion de la cuisse sur le bassin, puis traction brusque en haut. Plusieurs tentatives de réduction par ce procédé, restent infructueuses. Alors, supposant qu'il s'agit ici d'une luxation à type secondaire, dans laquelle la tête sortie de la cavité cotyloïde par l'échancrure inférieure, a gagné la face interne, puis le dessus du pubis, on essaie de faire parcourir à cette tête le chemin inverse. Pour cela on exagère le mouvement d'abduction et de rotation en dehors déterminé par la luxation. On fléchit la cuisse sur le bassin, jusqu'à dépasser l'angle droit et on imprime alors à la cuisse un mouvement de rotation en dedans ; la tête se décroche et vient brusquement en position pubienne, on la sent à la partie interne de la cuisse. On essaie de réduire cette luxation pubienne ; elle se transforme en iliaque, d'iliaque elle revient en pubienne, de pubienne, de nouveau en iliaque, enfin, par une simple traction du membre inférieur, la tête réintègre la cavité cotyloïde.

Le traitement fut le suivant : bandage en flanelle qui immobilise le grand trochanter. Les suites furent des plus simples. Le malade fut maintenu au lit quarante-deux jours pour laisser achever la cicatrisation de la plaie qu'il avait à la cuisse.

Actuellement, c'est-à-dire deux mois après l'accident, il avait récupéré tous les mouvements de son articulation et la guérison était complète.

OBSERVATION XI

Scriba (*Centralblatt für Chirurgie*, 1879), p. 303.

Luxation intra-pelvienne de la hanche.

Un enfant de 13 ans fut frappé violemment en pleine poitrine par une balançoire en mouvement pendant qu'il était debout, les jambes écartées, la gauche fortement tendue en arrière.

A l'examen, cette jambe était raccourcie, fléchie au genou, plus fortement à la cuisse, en rotation interne et en adduction. Elle reposait sur la jambe saine. Tuméfaction notable de tout le membre, mais surtout de la hanche avec des ecchymoses très étendues, bleu rougeâtre. Profond enfoncement de la région trochantérienne. Dans la région inguinale et en dessous, on voit une tuméfaction de la grosseur du poing. La palpation permet de reconnaître que la tête du fémur est dans le grand bassin. On peut exécuter de légers mouvements de rotation et d'abduction.

On constate dans la narcose que la tête du fémur est bien au-dessus de la hanche horizontale du pubis et que le col repose sur cet os. Les grands vaisseaux et le nerf crural passent sur la tumeur osseuse. Pas de pulsations dans les artères de la jambe. Le ligament de Poupart est déchiré.

Plusieurs tentatives de réduction, faites suivant la méthode de Roser (hyperextension rotation consécutive et extension), demeurèrent sans résultat. Dans l'une d'elles le membre se mit brusquement dans la rotation en dehors et l'abduction,

Le chirurgien saisissant alors par en haut la tête fémorale avec les doigts, la ramena du bassin sur la hanche horizontale du pubis. A ce moment il put opérer la réduction avec la méthode de Mideldorf (flexion exagérée, puis rotation en dedans et extension).

Les suites furent des plus simples ; le vingt-troisième jour, l'enfant sortait se servant parfaitement de sa hanche. La tuméfaction de la jambe, produite évidemment par suite de la compression des vaisseaux, disparut en majeure partie pendant la nuit ; les extravasations sanguines, elles, furent plus longues à disparaître.

OBSERVATION XII

Arch. für Klin. volume XVI, p. 651. Luxation intra-pelvienne gauche.

Bartels. Trombose de la veine fémorale. — Guérison.

Un homme de 47 ans, très vigoureux, se fait une luxation de la hanche en déchargeant une lourde caisse. Deux ouvriers portaient la caisse par devant et le blessé tout seul la portait par derrière. Les premiers, trop faibles, lâchent le fardeau et le malade qui cherche à le retenir tombe avec sa charge. On le transporte immédiatement à l'hôpital où l'on constate une fracture de deux os de la jambe droite, avec rotation du pied en dehors. Réduction des fractures, appareil plâtré.

La jambe gauche est raccourcie d'environ 8 centimètres. Elle est en rotation complète en dehors, de telle sorte que la

face externe du pied et celle du genou reposent sur la table. La jambe est étendue, le pli de l'aîne est effacé et le col du fémur se trouve sous le ligament de Poupart au niveau de l'épine du pubis. La tête du fémur se trouve plus en haut sous la paroi abdominale, elle est dirigée vers la ligne médiane et quelque peu tournée en haut et en avant, de telle sorte que l'on ne peut plus palper le grand trochanter. La dépression de la tête où s'insère le ligament rond est facile à sentir. Le ligament rond est arraché ; la fesse semble allongée.

La flexion de la hanche est impossible et la rotation en dedans très limitée. Les essais les plus variés de réduction sont infructueux. On les abandonne d'ailleurs à cause de l'état du malade.

On les reprend huit jours plus tard. La flexion du genou et de la hanche, avec traction dans l'axe du fémur, ne donne pas de résultat. Le but est atteint par l'extension avec forte adduction et rotation en dehors, puis adduction et rotation en dedans en continuant simultanément l'extension.

On applique un appareil plâtré. Il se fait au scrotum et à l'aîne une extravasation sanguine formidable, qui remonte sur toute la moitié gauche du ventre jusqu'à l'ombilic. On sent même de la fluctuation très nette en un point. Le repos absolu procure la résorption avec persistance d'une induration à l'hypogastre et au pli de l'aîne.

Quatorze jours plus tard on constate une thrombose de la veine fémorale.

Le malade quitte, en bonne santé, l'hôpital deux mois et demi plus tard. La flexion de la hanche est possible jusqu'à 45° ; la rotation en dehors est parfaite. Cependant le malade ne peut marcher qu'en s'aidant d'une forte canne.

OBSERVATION XIII (Inédite).

Due à l'obligeance du professeur Tédénat.

*Luxation intra-pelvienne de la hanche. — Réduction
au 28^e jour.*

Un homme, âgé de 53 ans, fait une chute du haut de sa voiture, chargée de grands paniers à fruits, environ de quatre mètres de hauteur. Il reste étourdi sur la route directe, en pleine nuit, froide, et n'est secouru que trois heures après l'accident.

Le lendemain les médecins qui le virent, diagnostiquèrent une fracture ; gonflement énorme, ecchymose, vaisseaux fémoraux soulevés. Ils n'osent faire la réduction de cette prétendue fracture par crainte de léser les vaisseaux.

La tuméfaction diminue peu à peu, les douleurs s'apaisent. Au vingt-huitième jour le Dr Perrier fait appeler le professeur Tédénat.

Le membre est en forte abduction, et repose sur sa face externe. Il est raccourci de neuf centimètres. Il persiste du gonflement et une vaste ecchymose qui occupe la partie antérieure de la fesse et la fosse iliaque interne. On met le grand trochanter au niveau de l'épine iliaque inférieure et on sent la tête fémorale à trois centimètres au-dessus de l'arcade crurale soulevant les vaisseaux fémoraux. L'artère bat régulièrement. Douleur obtuse dans le trajet du nerf crural.

Anesthésie à l'éther. Le bassin étant solidement fixé par le Dr Perrié, le Professeur Tédénat, exerce forte traction sui-

vant l'axe dévié du membre. La tête descend, et une rotation énergique la jette dans la cavité cotyloïde.

La réduction fut vraiment facile, bien que le blessé fût fortement musclé, et que la luxation datât de 28 jours.

Un mois après, le blessé marchait librement, sans canne.



Ligament ilio-fémoral d'après Bigelow.



Luxation ilio-pubienne
d'après Bigelow.



Luxation pubo-pectinée
d'après Puci.

CONCLUSIONS

Il y a lieu de distinguer deux variétés de luxation de la hanche en haut : 1° La luxation décrite dans tous les auteurs sous le nom de luxation ilio-pubienne, et dans laquelle la tête fémorale vient se placer au niveau de la branche horizontale du pubis ; 2° la luxation pubo-pectinée où elle se trouve plus haut encore, par dessus le pubis, soulevant les vaisseaux et les nerfs.

La luxation pubo-pectinée peut très bien se produire directement d'emblée sans commencer d'abord par être sous-cotyloïdienne, ainsi que le veulent de nombreux auteurs. Ce mode de production ne doit pas être considéré comme une exception contrairement à ce que l'on a fait jusqu'ici.

La luxation intra-pelvienne représente encore un degré de plus dans le déplacement. Elle commence par être obturatrice, puis l'action du traumatisme se prolongeant, la tête fémorale passe au devant de l'éminence ilio-pectinée et de là dans le bassin.

Dans ces deux variétés de luxation on doit

redouter les lésions vasculaires, qui lorsqu'elles se produisent, assombrissent beaucoup le pronostic.

Celui-ci est généralement favorable et la réduction ordinairement facile.

Vu : le Président de la thèse,

LE DENTU

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Nous avons parcouru les tables de toutes les revues suivantes : *Bulletin de la Société de chirurgie*. *Revue de chirurgie*. *Bulletin de la Société d'Anatomie*. *Revue des sciences médicales de Hayem*. *Presse médicale*. *Progrès médical*. *Gazette médicale*. *Congrès Français de chirurgie*. *Index Medicus*, etc.,

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Langensbek's Archiv für Klinische Chirurgie. Centralblatt für Chirurgie. Deutsche chirurgie Wiener medicinischen Wochenschrift.

The Lancet. Medical Press. and circular. British medical journal. New-York medical journal.

Nous avons aussi fait des recherches dans tous les traités de chirurgie et les ouvrages de pathologie externe susceptibles de nous fournir des renseignements.

Le premier qui ait parlé de la luxation intra-pelvienne et qui lui a d'ailleurs donné ce nom est Scriba de Fribourg en 1879. Depuis il en a été uni-

quement fait mention dans les ouvrages ou revues suivants :

Scriba. — Centralblatt für Chirurgie, année 1879, page 703 : « Uber eine neue form von Hüftgelenks luxation. »

Fr. Hamilton et G. Poinso. — Traité des fractures et luxations, année 1884, page, 1087.

Bousquet et Rochep. — Bulletin de la Société d'anatomie de Bordeaux, année 1897, page 320.
« Un cas de luxation intra-pelvienne ».

Lewis Stimson. — Of. New-York. A. Treatise ou fractures and dislocations, 1901 page 251.

Le Dentu et Delbet. — Traité de Chirurgie, tome 3.
Chapitre sur les affections traumatiques des articulations, page 251.

Le Dentu. — Clinique Chirurgicale, 1904. Leçon sur les luxations coxo-fémorales, page 201.

Nous nous bornerons ensuite à mentionner simplement, ne voulant pas citer tous les auteurs qui se sont occupés des luxations de la hanche, ceux dont nous nous sommes spécialement inspiré pour la rédaction de ce travail :

Henry j. Bigelow. — The mechanisme of dislocations and fracture of the hip., année 1869, page 86 et Lancet, année 1878, pages 860-894-930.

Tillaux. — Recherches expérimentales sur les luxations de la hanche, 1876.

- Colson.* — Considérations sur la réduction des luxations, à propos d'un cas de luxation ilio-pubienne. Bulletin général de thérapeutique, 1881, tome 1, page 10.
- Lamarque.* — Des luxations de la hanche en haut. Journal de médecine de Bordeaux, année 1888-1889, page 378.
- Paci.* — Trattato sperimentale delle luzzationi traumatiche, 1889, page 345.
- Hoffa.* — Lehrbùch der Fracturen und luxationen für Artze und Studierende, 1894.
- Dupraz.* — Des lésions vasculaires, consécutives aux luxations de la hanche. Revue médicale de la Suisse romande, 1896, page 170.
- Guibé.* — Fractures par enfoncement de la cavité cotyloïde. Revue de chirurgie, janvier 1904, page 60.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	5
CHAPITRE I. — Considérations générales.	9
CHAPITRE II. — Mécanisme. Reproduction expérimentale, p. 15. — Anatomie pathologique.	19
CHAPITRE III. — Symptômes. Déformation de la hanche, p. 35. — Attitude du membre pour les variations de longueur, p. 38. — Troubles fonctionnels et complications.	42
CHAPITRE IV. — Diagnostic et pronostic.	49
CHAPITRE VI. — Traitement.	55
Observations de luxations pubo-pectinées.	61
Observations de luxations intra-pelviennes.	88
CONCLUSIONS.	99